

Décembre 1883.

HYPERTROPHY OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE NOSE,

By **Morell Mackenzie**, M. D. Lond.

Being an extract from the second volume (now in the press) of his
Manual of diseases of the throat and nose.

When chronic catarrh of the nose has existed for some years, and, indeed, in children of scrofulous type, when it has troubled the patient for only a few months, great thickening of the mucous membrane sometimes takes place. This hypertrophy may affect either the front or back portion of the nasal passages. The colour of the swollen mucous membrane is generally bright red in front, but of a duller red or purple tint in the posterior portions of the nose. The anterior extremity and the whole lower border of the inferior turbinated body are perhaps the most common sites of the hypertrophy, which in the latter situation is occasionally so considerable as completely to block up the inferior meatus. Less frequently the middle turbinated bodies are the seat of hypertrophy. When the thickening affects the posterior part of the lower turbinated bodies, instead of producing a more or less uniform swelling of the tissues, it more often leads to the development of numerous dark red or purple polypoid vegetations, giving the turbinated body a somewhat mulberry-like appearance (fig. 1). Sometimes the growths are

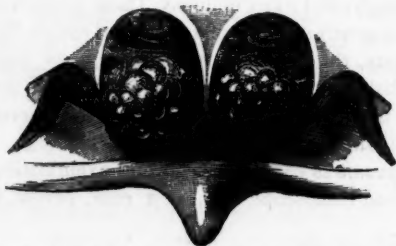


FIG. 1. — Hypertrophy of both turbinated bodies. (Seen from behind.)

pale, and appear to hang down from the choanæ towards the uvula (fig. 2). These excrescences bleed readily, though only

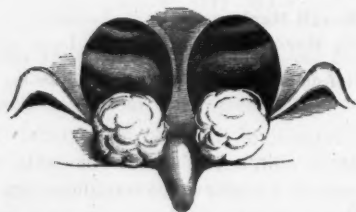


FIG. 2. — Showing the pale variety of hypertrophied tissue. (Seen from behind.)

slightly, when touched. Whether the hypertrophy involves the anterior or posterior portions of the turbinated bodies, the swelling, if at all considerable, is almost always bilateral, and generally symmetrical. Occasionally the septum is greatly thickened, the hypertrophy usually occurring at the lower and back part.

The *symptoms* are the same as those of ordinary chronic catarrh, but intensified, the patient being often quite unable to blow his nose, and being obliged to breathe entirely through the mouth. The voice is persistently nasal, and the patient, if a child, always keeps the mouth open, presenting the well-known stupid appearance so often observed in cases of enlarged tonsils. It has recently been noticed by several physicians that obstruction of the nasal passages is apt to give rise to very troublesome reflex phenomena, such as asthma, cough, and even epilepsy. These phenomena, however, are not nearly so frequent in cases of simple hypertrophy as in polypus, the probable reason being, as suggested by Hack (1), that the morbid alteration of structure destroys the cavernous tissue, diminishes sensibility, and thereby lessens reflex excitability.

The *diagnosis* is easy, for a careful examination with the speculum and rhinoscope will, as a rule, reveal the nature

(1) *Neue Beiträge zur Rhinochirurgie*, Wien 1883.

of the case. Those, however, who are not practised in the examination of the interior of the nose sometimes mistake a thickened condition of the mucous membrane covering the lower spongy bone for a polypus. It is only necessary, however, to bear in mind the fact that hypertrophy is nearly always bilateral and, in the majority of cases, symmetrical, a circumstance which generally serves to differentiate the affection from polypus. Moreover, catarrhal thickening chiefly affects the *lower* turbinated bodies, whilst true polypi generally spring from the mucous membrane covering the *middle* and *upper* bones or the corresponding meatuses. Cases not unfrequently occur, however, in which polypi and hypertrophy co-exist, and occasionally one of these conditions conceals the other. Gottstein (1) has pointed out that it is not always possible at first to distinguish between the swelling produced by chronic perichondritis and that due to simple hypertrophy. In a very instructive case related by that observer, the appearance was entirely that of hypertrophic catarrh; but after an absence of two months, the patient, who meanwhile had remarked no change in his symptoms, returned with extensive destruction of the septum, due to perichondritis which had doubtless existed all along.

The *pathological changes* which sometimes result from chronic nasal catarrh are no doubt largely due to the peculiarly vascular and cavernous structure of the turbinated bodies. The hypertrophy occasionally produces an appearance somewhat resembling in form the *flocculus* of the cerebellum, but of a bright pink or deep red colour. This is well shown in the annexed cut (fig. 3), copied from a specimen in the Museum of the Royal College of Surgeons. The morbid process has been carefully studied and well described by Bosworth (2) and Seiler (3). From the investigations

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 4, 1881.

(2) *Trans. Intern. Med. Congress.* London, 1881, vol. III, p. 326 et seq.; and *New York Med. Record.* June 10, 1882.

(3) *Philadelphia medical Times.* Jan. 14th, 1882. See also the report of a case by Thierfelder (*Atlas der path. Histol.*, Lief. I) referred to by Seiler.

of these observers, it would seem that the changes which take place are similar to those commonly seen in chronic inflammation of mucous membranes. Thus the epithelial cells are increased in number, and though showing no marked tendency to desquamation, are seen here and there to be undergoing fatty degeneration; the basement membrane is thickened, the *mucosa* densely infiltrated with small cells; the glands and their ducts are filled with proliferating epi-

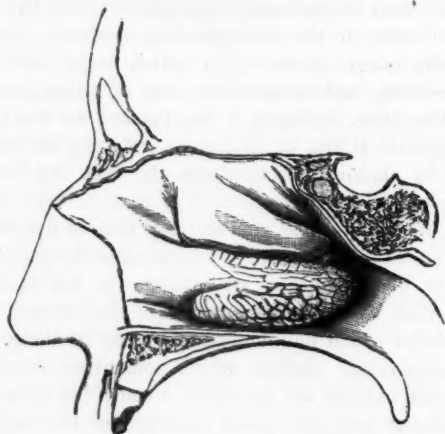


FIG. 3. — Hypertrophy of the posterior three-fourths of the lower turbinated body. From specimen n° 2201 C in the Hunterian Museum. (The outline of the nose has been added by the artist.)

thelium, the blood-vessels increased, both in size and in number, and the trabeculæ and sinuses greatly enlarged.

There is no doubt a close connection between thickening of the nasal membrane and genuine polypus and the two conditions are frequently found associated. Some cases classified as hypertrophy of the nasal mucous membrane are also probably of papillomatous nature (1).

(1) See a recent paper: Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut, by C.-M. Hopmann of Cologne, in *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*, t. XCIII, 1883.

The *prognosis* is favourable, for almost every case can be cured by suitable treatment.

The *treatment* frequently needs to be of a vigorous character, but at an early stage the mildest measures are sometimes sufficient, the daily use of gum-elastic bougies often effecting a cure. The smallest size of instrument should, as a rule, be employed at first, and at the beginning of the treatment the bougie should be left in the nose for no longer than five minutes at a time; after a few days, however, it may remain *in situ* from ten to fifteen minutes, and at the end of a week, it can be easily tolerated for half an hour. Larger bougies should afterwards be employed, but force must always be carefully avoided. Mild alkaline sprays or hand-washes are often of great service if perseveringly employed. Sneezing must be checked by the inhalation of strong ammonia or acetic ether.

Should this plan not succeed more active steps must be taken; but a word of caution is perhaps necessary in connection with this point. For, though the introduction of the electric cautery and the wire *écraseur* permits some relaxation of the rule under which surgeons were taught « to cut through everything soft, to saw through everything hard, and to tie everything that bleeds », the spirit of this simple instruction has, I fear, in recent years, sometimes influenced the young practitioner, and the nasal passages have occasionally been « cleared » with a zeal and energy worthy of the industrious backwoodsman. In several cases that have come under my own care, in which severe measures had previously been urgently advised by others, I have succeeded in effecting a cure by the simple removal of all causes of irritation and the persevering use of gentle dilatation. I would also warn some of my younger *confrères* that as the appearance of the interior of the nose varies in healthy persons just as much as its outward configuration, it is unnecessary, where no inconvenience is felt, to restore geometrical symmetry to the turbinated bodies, or to invest the lining membrane of the nose with artistic merit. But whilst deprecating unnecessary aggression in this tender region, I do not deny

that there are many cases which can only be cured by active treatment.

Should the hypertrophy resist the measures already recommended, the redundant tissue must be destroyed or removed. Destruction with electric cautery will be found the most simple and efficacious method. If the thickening is in the anterior part of the nose, the nostrils should be well dilated with a speculum, and the exuberant tissue carefully destroyed with the porcelain knob electrode, or removed with the galvanic *écraseur*. If the thickening affects the central portions of the turbinated bodies Löwenberg's electrode (1) answers well, but when the disease is at the posterior part, a suitably curved instrument will be required. In applying electro-cautery, I endeavour to avoid employing a shield to protect the healthy tissues, the loss of space and contracted field of vision involved in the use of such an instrument often more than neutralizing any advantage which it may possess. Sometimes, however, when the swelling is very great, a shield is necessary, and in these cases I employ an instrument devised by Shurly of Detroit U. S. A.; this is simply a nasal dilator in which one blade is replaced by an ivory plate which serves to cover the parts which the operator does not wish to touch with the cautery. Instead of electric cautery Paquelin's thermo-cautery, as modified by Goodwillie (2) of New York can be employed; but as this instrument has to be introduced red hot, it is more likely to cause accidental injury than electro-cautery, and it can seldom be used except when the patient is under chloroform. Those who have neither this instrument nor any convenient electric apparatus at hand, can destroy the redundant tissue by means of London paste (3), nitrate of silver, or glacial acetic acid.

(1) Contribution au traitement du coryza chronique simple. (*Union médicale*, p. 160-161, 28 juillet 1881.)

(2) Beverley Robinson, *Practical treatise on nasal catarrh*, New York, 1880, p. 411.

(3) This consists of equal parts of unsleaked lime and caustic soda; when required for use, it is to be made into a paste with a little water.

The two first-named caustics can be readily applied with a small curved spatula whilst nitrate of silver can be brought into contact with the hypertrophied tissue by means of an instrument invented by Professor Schrötter, of Vienna. This consists of a grooved probe provided with a turning shield which covers the groove, into which the caustic is fused. The probe is introduced into the nose and when the caustic surface is opposite the spot which it is desired to reach, the shield is turned aside, and the nitrate of silver pressed against the swelling. Bosworth (1) has found glacial acetic acid of greater value than any other caustic, and Sajous (2) has also strongly recommended this remedy.

Instead of destroying the hypertrophied tissue, however, it may be removed by a cutting operation. For this purpose either a snare or sharp forceps may be employed. When the anterior part of one of the turbinated bodies is enlarged, it should first be transfixd with a needle mounted in a light handle, the loop of the *écraseur* being then passed over the needle, and gradually drawn round the hypertrophied membrane. If the posterior extremity of the turbinated body be the part affected, such a bend should be given to the loop before it is pushed through the nose that it will pass over the mass in the naso-pharynx. A little manipulation will suffice to secure the growth, which, if hæmorrhage is anticipated, should be cut through very slowly, the operation being interrupted every few minutes, and not completed for half an hour or even an hour. In these cases, it will be found much more easy to remove the swollen tissue with the *écraseur* passed through the nose than to destroy it through the naso-pharynx. Beverley Robinson (3) has successfully removed hypertrophied tissue from the turbinated bodies by means of strongly-toothed forceps, but this treatment appears to me to be much more severe than either the electric cautery or the wire *écraseur*.

(1) *Diseases of the throat and nose*. New York, 1881; and *New York medical Record*, June 10, 1882.

(2) *Med. and Surg. Reporter*. Dec. 31, 1881.

(3) *Op. cit.*, p. 114.

APPAREILS D'EXPLORATION DES CAVITÉS NASALE, PHARYNGIENNE ET LARYNGIENNE,

Par le Dr **GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Bichat.

Le nombre de ces appareils construits jusqu'ici est tellement considérable, que nous n'avons pas la prétention, dans ces quelques lignes de les passer en revue : il suffit d'ouvrir les différents ouvrages traitant de la matière pour trouver des descriptions d'appareils aussi nombreux que différents. Un instrument de ce genre doit réunir les qualités suivantes : une forte lumière et une grande facilité d'adaptation, sans être obligé de recourir à des moyens accessoires incommodes, encombrants ou coûteux.

LUMIÈRE. L'agent lumineux est très variable : l'huile exige des récipients à brûler trop volumineux, et il est difficile de donner à ces récipients une mobilité suffisante. L'essenceminérale a l'avantage de n'exiger que des réservoirs très minimes, mais son application se butera toujours à l'odeur désagréable qu'elle exhale dans les pièces où se trouvera l'appareil. La soléine, que nous avons employée, peut être contenue dans des réservoirs peu volumineux et par conséquent d'une mobilité facile ; sa lumière est fort belle, mais les soins excessifs que détermine l'entretien de ces lampes, la nécessité de les allumer souvent, sous peine, quand on y a recours, de ne plus avoir un éclairage suffisant, seront toujours une difficulté pour la vulgarisation de cette lumière. Le gaz d'éclairage est sans contredit le moyen le plus pratique et le plus aisé : pas de réservoir, facilité de lever et d'abaisser dans un rayon très étendu la lumière employée, éteindre et allumer à volonté, organisation facile de ce système, presque partout ; voilà, ce me semble, d'excellentes qualités qui permettent de ne tenir que peu de compte du dégagement de chaleur, qui est si prompt et si intense avec ce mode d'éclairage.

M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, a depuis longtemps, sur les indications d'un médecin de Lyon, le Dr Joly, établi un appareil d'éclairage auquel j'ai

fait subir simplement des modifications de détail, et qui réunit ces qualités que réclame tout appareil d'exploration, et auxquelles je faisais allusion un peu plus haut. L'appareil, que l'on peut placer sur un meuble quelconque, mais peu élevé,



Fig. 1. — Explorateur.

une table, par exemple, ou une planche scellée le long d'un mur, élève ou abaisse la lumière au moyen d'une tige qui porte soit le réservoir de liquide, soit le robinet d'ouverture d'un conduit de gaz. Quant au foyer de lumière, réfléchi

par un miroir concave en arrière et concentré par une loupe située à la partie antérieure, le tout réuni par des pièces métalliques, qui font ressembler l'appareil à celui d'une lanterne



Fig. 2. — Explorateur portable dans la boîte.

magique ordinaire, il est très vif. La proximité des pièces métalliques de la lumière fait que l'explorateur peut, sans être gêné par l'appareil, faire un examen direct, toujours préférable à celui que l'on pratique avec la lumière réfléchie par un miroir porté sur le front, par exemple.

Je reproduis ici cet appareil, d'après les dessins du catalogue de Mathieu.

Mais il est certain que cet appareil peu portable ne pourrait, à raison de cet inconvénient, rendre que des services restreints au cabinet de consultation, soit chez le médecin, soit à l'hôpital. Je me suis donc préoccupé de faire construire un appareil d'exploration portable, et M. Mathieu a réussi à fabriquer un instrument contenu dans une boîte de la dimension de celle qui contient le thermocautère Pa-

quelin. Cette boîte, qui peut servir de support à tout l'instrument, contient les diverses pièces de l'appareil que je viens de décrire, mais d'un volume assez réduit; et il est



Fig. 3. — Explorateur portatif monté sur la boîte.

inutile avec un instrument de ce genre de recourir à l'intervention souvent si efficace des lampes plus ou moins incommodes qui sont offertes.

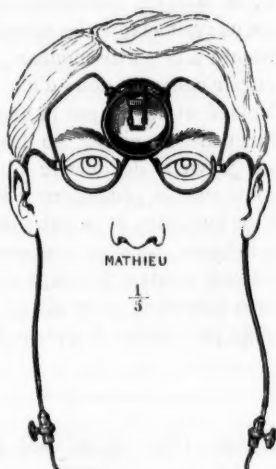
Je reproduis ici cet appareil, d'après le dessin que vient d'en faire faire M. Mathieu.

Avec des instruments de ce genre, on peut même pratiquer des opérations intra-laryngiennes, avec une certaine facilité, et sans être obligé de recourir à l'application de ces miroirs frontaux, dont la lumière réfléchie, je l'ai déjà dit, est beaucoup moins intense que la lumière directe.



Mais il est des cas où cette lumière réfléchie est parfois indispensable : l'éclairage des cavités nasales, par exemple, en raison de la difficulté d'y faire pénétrer la lumière directe. Je me suis préoccupé de ces cas : je sais bien qu'alors on pourrait recourir à un de ces petits réflecteurs à essence minérale, grâce auxquels on peut éclairer directement la partie à explorer ; mais ces réflecteurs, tout petits qu'ils fussent, avaient encore le désavantage d'être trop volumineux et de se chauffer si rapidement que leur usage pouvait n'être pas sans inconvénient pour l'explorateur et l'exploré ;

aussi je n'ai pas hésité à recourir à l'éclairage électrique. M. Trouvé nous avait précédé dans cette voie ; mais ses explorations n'étaient pas sans inconvénient : ses réflecteurs étaient incommodés et trop volumineux, et enfin le platine ou fondait très facilement, ou son usage était trop éphémère. Je priai M. Chardin de me construire une petite lampe, excessivement réduite et sur le modèle des lampes d'Edison ou de Swann. Cet ingénieux électricien me livra immédiate-



ment cette petite lampe, qui me paraît avoir résolu ce problème, et je la montrai aussitôt à la Société médicale des hôpitaux et à l'Académie de médecine ; elle est reproduite ci-contre dans sa grandeur naturelle.

Cette petite lampe a l'avantage d'être actionnée par une simple pile au bichromate, très portative, et que tout le monde peut assez aisément se procurer.

Restait enfin un dernier problème : pratiquer des opérations dans les cavités nasale et pharyngienne avec la lu-

mière la plus intense possible. Pour atteindre ce but, la lumière directe est indispensable, mais aussi cette lumière doit suivre les mouvements de l'opérateur, et par conséquent il faut la porter sur le front. C'est encore à l'électricité que je m'adressai pour résoudre ce problème, et je priai alors M. Mathieu de me construire un appareil dans ces conditions. Je rejetai le bandeau frontal, dont l'application ne laisse pas que d'être assez pénible et quelquefois difficile, surtout pour un opérateur atteint de myopie et obligé de porter des lunettes. M. Mathieu construisit une paire de besicles, à laquelle on pouvait adapter les verres indispensables à la vue de l'opérateur : à la partie médiane, le constructeur articula un petit miroir concave, doué d'une grande mobilité et pouvant être déplacé et dirigé par la tête et la main du chirurgien. Au foyer de ce miroir se trouve une de ces petites lampes que je viens de décrire plus haut, et que l'on fait communiquer avec le générateur d'électricité par un double fil qui suit les branches de la paire de lunettes.

Ces lampes électriques peuvent conserver leur éclat et leur intensité lumineuse pendant le temps nécessaire à l'accomplissement d'une opération, et même au delà.

Je donne à la page précédente le dessin de ce nouvel appareil.

SUR LA PARALYSIE DES MUSCLES DILATATEURS DE LA GLOTTE,

Par le docteur **Paul Koch.**

(56^e congrès des médecins et naturalistes, à Fribourg,
septembre 1883.)

Messieurs,

En faisant une petite communication sur la paralysie des muscles circoaryténoïdiens postérieurs, je n'ai pas la prétention de vouloir développer des points de vue nouveaux sur cette affection. Les images théoriques et cliniques de cette maladie intéressante sont si nettement tracées qu'il ne reste plus rien à y ajouter. Je voudrais seulement réclamer contre

l'abus continuel que l'on commet en attribuant une valeur trop absolue aux symptômes si connus de cette paralysie. Le laryngoscope était inventé depuis un certain nombre d'années déjà, la majorité des médecins savaient manier le miroir laryngien, et l'on n'avait pas encore observé cette paralysie. Tout d'un coup les observations de la paralysie laryngienne respiratoire abondent; le médecin qui n'avait pas observé et soigné plusieurs malades atteints de cette affection moderne était rangé parmi les arriérés qui n'ont pas encore trouvé de microbe. Le charme de la nouveauté, la rareté et le côté vraiment intéressant de cette espèce de paralysie ont sans doute engagé les auteurs à forcer pour ainsi dire le diagnostic en s'accrochant au moindre petit symptôme, fût-il même d'une valeur équivoque.

La paralysie symétrique d'un seul muscle appartenant à un groupe musculaire nombreux est rare, surtout quand ce même groupe musculaire est servi par le même nerf. Pourquoi le larynx ferait-il exception à cette règle empirique? Ces cas rares de paralysie symétrique sont le plus souvent de nature centrale; en jugeant par analogie les paralysies crico-aryténoïdiennes postérieures devraient l'être aussi: les filets nerveux qui sont fournis par le rameau interne du nerf spinal et qui dans leur parcours ultérieur représentent les nerfs moteurs du larynx, ces filets nerveux peuvent être distinctement suivis jusque dans la moelle allongée; l'affection de ces filets ainsi que de la moelle allongée en cas de syphilis, sclérose, tabes dorsalis, paralysie progressive des bulbes, a été observée en même temps que la paralysie crico-aryténoïdienne postérieure s'est déclarée; ces cas sont rares cependant et ils sont presque toujours combinés à des paralysies d'autres parties du corps. Dans la plupart des exemples publiés par les auteurs nous ne trouvons pas cette coïncidence. De plus, la statistique nous prouve que la plupart de ces cas décrits par les auteurs sont de nature périphérique ou myopathique. Déjà cette contradiction seule nous prouve combien l'on a abusé du nom de « paralysie respiratoire » et dans quelle proportion la série d'observations doit être réduite.

La « voix intacte » fait croire à la paralysie; la raucité et même l'aphonie ne plaident cependant pas contre elle, et dans la plupart des cas on trouve leur explication (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879, n° 6).

Quand la maladie existe et quand elle a duré pendant quelque temps, la « position médiane des cordes vocales » existe aussi. La réciproque cependant est loin d'être vraie. Il faut surtout exclure l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes observé en cas de goutte, d'inflammation exsudative, de plaie, de contusion, d'ulcération, de typhus, de phthisie, de diphthérie, de cicatrices et de tumeurs. Le diagnostic est souvent même impossible, surtout quand la voix est en même temps modifiée : cette dernière l'est toujours en cas d'ankylose, tandis qu'en cas de vraie paralysie elle peut être intacte quoiqu'elle ne le soit pas toujours. En dehors de l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes il faut pouvoir exclure la crampe des muscles adducteurs, chose toujours facile avec les indications données par les auteurs. Si l'on veut restreindre encore plus sévèrement le sens de la paralysie respiratoire, il faudra exclure toutes les espèces de dégénération des fibres appartenant aux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

« L'inspiration très bruyante, longue, s'accroissant aux grands mouvements ainsi que pendant le sommeil, suivie d'une expiration libre », ce symptôme est pathognomonique pour l'affection en question. Toujours faut-il que cette dernière ait existé pendant quelque temps ; car la maladie au début fournit l'image caractéristique de la paralysie double et complète des deux récurrents. Dans ces deux espèces de paralysie, en effet, les cordes vocales occupent la position cadavérique pendant la respiration ; mais pendant la phonation il y a une différence en ce sens qu'en cas de paralysie crico-aryténoïdienne postérieure les cordes vocales se rapprochent d'une façon irréprochable, tandis qu'en cas de paralysie des deux récurrents les cordes vocales gardent leur position cadavérique. Le type respiratoire caractéristique ainsi que l'inspiration bruyante peuvent donc faire défaut, quoique la paralysie crico-aryténoïdienne postérieure existe. Récipro-

quement, chez les enfants la paralysie de plusieurs ou de tous les muscles du larynx peut fournir les symptômes cliniques qui caractérisent la paralysie respiratoire sans que cette dernière existe en réalité ; plus l'enfant est jeune, moins la glotte dite respiratoire (Longet) est développée, plus les symptômes de la paralysie des recourants coïncide avec l'image classique de la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure. Ainsi la ressemblance de ces deux affections est en raison inverse du développement de l'apophyse vocale et de l'âge de l'enfant. La théorie et la physiologie semblent contredire à cette règle : car, en cas de paralysie respiratoire l'espace interaryténoïdien n'existe pas, tandis qu'en cas de paralysie des recourants il existe et forme la base d'un triangle isocèle dont les cordes vocales forment les deux côtés. Cette différence existe en réalité : la base du triangle isocèle est d'autant plus grande que l'enfant est plus âgé et que la paralysie des recourants est complète. Cependant si nous énumérons que chez de petits enfants cette différence est inappréciable, que chez eux la peur et la dyspnée rendent l'examen laryngoscopique presque impossible, il faut convenir que cette différence quoiqu'elle existe, n'est pas d'une valeur pratique et qu'elle n'a pas d'influence sur l'image clinique. Les exemples de paralysie aiguë d'un certain nombre de muscles laryngiens, paralysie qui offre donc tout à fait l'image clinique de la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure, se présentent surtout en cas de laryngite catarrhale aiguë intense : l'infiltration séreuse s'empare des muscles laryngiens les plus rapprochés de la muqueuse, c'est-à-dire des adducteurs qui dans ce cas ne fonctionnent plus ; le faux croup des enfants correspond tout à fait à ces symptômes et par conséquent aussi à la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure aiguë, malgré que cette dernière n'existe pas. Le fait bien connu, « que la fréquence du faux croup diminue au fur et à mesure que les enfants avancent en âge », ce fait seul fait voir que dans ces cas il ne s'agit pas de paralysie cricoaryténoïdienne postérieure aiguë, mais d'une paralysie passagère des muscles laryngiens adducteurs superficiels. Le gonflement de la muqueuse et l'accumulation des

glaires ne peuvent pas provoquer à eux seuls les symptômes du faux croup : si pendant un tel accès l'enfant est tout à fait réveillé, si les mucosités sont éliminées, alors les muscles inspireurs accessoires neutralisent en partie la dyspnée inspiratoire et l'accès se passe. Mais quand l'infiltration séreuse des muscles et la paralysie consécutive ont atteint une plus grande intensité, la dyspnée devient dangereuse ; elle dure des journées entières, conservant toujours le type de la paralysie respiratoire ; ces cas sont souvent diagnostiqués comme paralysie cricoaryténoïdienne postérieure ou comme croup ascendant ; on pratique avec raison la trachéotomie et naturellement avec succès : mais on n'a combattu ni croup, ni diphtérie, ni paralysie respiratoire ; on a lutté tout simplement contre un catarrhe intense et ses suites fâcheuses. Les vomitifs dans ce cas sont d'une valeur négative ; les parents doivent avoir la persévérance, les médecins doivent avoir le courage de traiter expectativement jusqu'à une certaine limite ; si alors la paralysie menace la vie, on a toujours à sa disposition un remède infailible et innocent, c'est-à-dire la trachéotomie ; mais si sous un prétexte quelconque cette dernière n'est pas pratiquée, le petit malade périra, quoique l'on n'ait eu affaire ni au croup, ni à la diphtérie, ni à la paralysie respiratoire, mais tout simplement à une affection catarrhale. — Les expériences physiologiques coïncident du reste parfaitement avec ces faits cliniques : « la section des deux nerfs récurrents provoque la dyspnée mortelle chez les jeunes animaux, tandis que chez les adultes ce n'est pas le cas ; pour provoquer la suffocation chez ces derniers, il faut diviser les deux muscles cricoaryténoïdiens postérieurs. » Plus encore : à ces faits cliniques et physiologiques correspond l'observation mentionnée dans le temps par Morell Makenzie « Que ce sont surtout les paralysies respiratoires d'origine myopathique qui nécessitent la trachéotomie » ; les paralysies d'origine myopathique, en effet, gardent leur type caractéristique et pur, les autres muscles laryngiens restant intacts, tandis qu'en cas de paralysie respiratoire d'origine centrale ou provenant d'une altération des récurrents les autres muscles

laryngiens aussi sont peu à peu affectés ; concurremment à cette dernière affection secondaire la dyspnée laryngienne diminue et très souvent la trachéotomie peut être évitée.

Ces paralysies aiguës frappant un certain nombre de muscles laryngiens sont observés aussi à la suite d'une infection générale, notamment de la diphtérie. C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger les cas rares, où il fallait avoir recours à la trachéotomie pendant la période de la convalescence de l'affection diphtérique. Il n'y a pas si longtemps que ces cas étaient diagnostiqués comme « œdème de la glotte ; » mais d'après les recherches récentes de Gouguenheim (*De l'œdème de la glotte*, par le docteur Gouguenheim, médecin de l'hôpital Bichat, leçon recueillie par M. Lebreton) cet œdème, quand même il existe, ne peut pas provoquer à lui seul une dyspnée sérieuse. Tous les symptômes de l'œdème de la glotte, tels qu'ils ont été décrits par Sestier, Valleix, et leurs élèves, tous ces symptômes correspondent tout à fait à la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure des adultes et à la paralysie plus ou moins prononcée des récurrents chez les enfants.

Si donc dans la grande majorité des cas de paralysie les symptômes ne font que simuler la paralysie des muscles cricoaryténoïdiens postérieurs, il faut cependant admettre les exceptions. C'est ainsi que chez une enfant âgée de 7 ans j'ai vu surgir subitement les symptômes dangereux d'une paralysie des muscles cricoaryténoïdiens postérieurs ; il existait une ulcération assez profonde à la paroi laryngienne postérieure tournée vers l'œsophage ; il n'existait pas de catarrhe intense, les symptômes dangereux marchaient pas à pas avec le développement et la guérison de l'ulcération : Il fallait donc admettre la paralysie temporaire des muscles cricoaryténoïdiens postérieurs par suite d'une fluxion collatérale ou d'une infiltration séreuse (*Annales des maladies du larynx et de l'oreille*, 1880, n° 2).

Ces paralysies aiguës et plus ou moins complètes des récurrents chez les enfants ont été moins souvent prises pour la paralysie des muscles cricoaryténoïdiens postérieurs que les mêmes paralysies de nature chronique. Ces dernières font

voir naturellement aussi tous les symptômes caractéristiques de la paralysie respiratoire ; la dyspnée devient mortelle aussi, si la trachéotomie n'est pas faite à temps ; dans ces cas de paralysie chronique le rétrécissement laryngien diminue avec l'âge de l'enfant, tandis qu'il reste le même en cas de paralysie cricoaryténoïdienne postérieure ; en d'autres termes : en cas de paralysie laryngienne générale, quand même cette dernière n'est pas guérie, l'enfant peut être débarrassé de la canule plus tard ; dans les mêmes conditions cette possibilité n'existe pas si la paralysie n'intéresse que les deux muscles dilatateurs. Dans tous les exemples connus de paralysie respiratoire chez l'enfant nous ne trouvons que la description de l'état actuel ; le parcours ultérieur de la maladie, l'issue fatale ou la guérison, le contrôle du diagnostic ne sont décrits nulle part. J'ai observé un cas de cette paralysie laryngienne générale chronique (*Annales des maladies du larynx et de l'oreille*, 1881, n° 1) ; il aurait été très facile de le ranger dans la série des exemples de paralysie cricoaryténoïdienne postérieure, si l'on n'avait pas soumis les symptômes à une critique très rigoureuse : il s'agissait d'une fille âgée de 2 ans ; à la suite d'une laryngite catarrhale très intense, elle fut atteinte d'aphonie et d'une dyspnée toujours croissante ; le miroir fit voir le gonflement, la rougeur et la position à peu près médiane des cordes vocales ; en dehors de l'affection catarrhale antérieure, on ne pouvait constater aucune cause de cet état grave ; la trachéotomie devint inévitable ; l'enfant se trouvait dans un état relativement satisfaisant ; plus tard la dyspnée devenait toujours moins intense quand on bouchait la canule ; malheureusement la petite malade succomba à la suite d'une pneumonie catarrhale.

En dehors de ces exemples de paralysie laryngienne aiguë et chronique rangés à tort parmi les cas de paralysie cricoaryténoïdienne postérieure, il y a bien des cas encore où cette paralysie a donné lieu à une confusion. Je citerai en peu de mots deux cas que j'avais diagnostiqués à tort comme exemples de paralysie respiratoire de la glotte :

Une dame âgée, souffrant depuis longtemps d'aliénation

mentale, fut atteinte progressivement des symptômes de la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure ; on ne pouvait constater de cause périphérique de l'affection, de sorte qu'il fallait admettre une cause centrale. La trachéotomie fut pratiquée. Plus tard seulement la voix devint aphone ; quelques mois plus tard la malade succomba à une gangrène des deux jambes, suite d'embolie ; l'autopsie fit voir une périchondrite primaire de la plaque du cartilage cricoïde avec ankylose des articulations cricoaryténoïdiennes.

Une jeune fille, âgée de 19 ans, était atteinte d'aphonie depuis plusieurs années ; la malade ne pouvait pas même tousser, ni rire, ni parler à voix basse ; l'inspiration et l'expiration étaient très courtes, accélérées et sans cornage ; les cordes vocales se trouvaient dans la position cadavérique, elles s'écartaient seulement un peu quand la malade faisait des efforts pour inspirer profondément. La malade resta en observation pendant une semaine et pendant cette époque on put suivre, le miroir à la main, la formation graduelle de l'image laryngoscopique correspondant à la paralysie respiratoire de la glotte, image à laquelle correspondaient les symptômes subjectifs et objectifs de cette affection. Pendant un accès de forte dyspnée la laryngotrachéotomie fut pratiquée. Jusque-là le diagnostic de la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure paraissait sûr. Après l'opération la malade fut examinée deux fois par jour ; l'image laryngoscopique était devenue la même qu'au début, mais pendant que la malade avait le laryngoscope dans la bouche (cela durait à peine une demi-minute), on voyait se former l'image classique de la paralysie respiratoire ; si alors on bouchait la canule, il survenait des accès de suffocation, tandis qu'avant chaque examen laryngoscopique cela n'avait pas lieu. Aujourd'hui encore la malade montre alternativement les images de la paralysie des abducteurs et de la paralysie des adducteurs ; ce qui est surprenant, c'est que l'image de la paralysie respiratoire se change subitement en celle des adducteurs, dès qu'on gronde la malade : preuve combien est vague la limite entre l'hystérie et la simulation. Dans le courant de la maladie il survint une hyperesthésie cutanée

très prononcée, des crampes dans différentes parties du corps et notamment dans le pharynx avec une dysphagie complète. Ces crampes cessaient chaque fois que l'on brusquait la malade; cependant la dysphagie ne cessait que quand la malade vit faire devant ses yeux tous les préparatifs de l'œsophagotomie. En vue de tous ces symptômes, le diagnostic de la paralysie cricoaryténoïdienne postérieure fut changé nécessairement en celui de la crampe des adducteurs.

Il existe sans doute beaucoup de cas pareils; seulement on se hâte trop à faire le diagnostic devenu à la mode. Si l'on pèse chacun des symptômes caractéristiques, si l'on prend plus en considération l'anamnèse et notamment le parcours ultérieur de chaque cas isolé, les exemples authentiques et intéressants de cette paralysie cricoaryténoïdienne postérieure diminueront sans doute en nombre, mais par contre ils gagneront beaucoup en valeur.

VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES POLYPIFORMES DE LA LARYNGITE SYPHILITIQUE,

Par le Dr Cadier.

Dans un assez grand nombre de cas de végétations papillaires syphilitiques du larynx, par suite de la prolifération et de l'envahissement souvent considérable de ces végétations, l'extirpation doit en être rapidement faite dans la crainte de voir survenir des accidents graves de suffocation.

Le traitement par la pince à polypes seule est alors souvent insuffisant, car dans un certain nombre de ces cas, j'ai pu constater que les végétations repullulent pendant l'intervalle qui sépare deux séances d'extirpation, et cela, même lorsque l'on a eu la précaution de faire suivre chaque arrachement d'une cautérisation au nitrate d'argent ou à l'acide chromique, en sorte que le résultat définitif obtenu devient à peu près nul.

En présence de cet insuccès, et pour arriver à empêcher cette repullulation par une cautérisation plus énergique, j'ai eu re-

cours au galvano-cautère qui me présentait le double avantage d'une action beaucoup plus considérable que les solutions caustiques, et en même temps beaucoup plus facilement localisée ; ce qui avait bien son importance pour un organe aussi impressionnable et aussi profond que le larynx.

Les observations suivantes nous permettront d'apprécier les avantages de ce mode opératoire.

OBSERVATION I,

recueillie à la clinique du D^r CADIER,
par *Pelan*, chef de clinique.

D..., 42 ans. Syphilis contractée en mars 1872. Au mois de mai, il a eu de l'extinction de voix, mais on n'a pas pratiqué l'examen du larynx. Pendant quelques mois, il a suivi irrégulièrement un traitement par des pilules de mercure, puis sa voix s'est améliorée et il a cessé tout traitement. Au commencement de l'année 1875, il a commencé de nouveau à éprouver de l'enrouement, et quelques mois plus tard un peu de suffocation qui devenait de plus en plus considérable. Le 9 mai 1875, il a eu une suffocation suivie de perte de connaissance pendant plusieurs heures. Le lendemain, nouvelle suffocation et nouvelle perte de connaissance qui n'a cessé qu'après une opération de trachéotomie faite par le D^r Ferrand. Le malade s'est trouvé très bien après l'opération et la respiration est redevenue libre. Il est resté dans le service du D^r Ferrand et l'on a pratiqué plusieurs examens laryngoscopiques, mais sans faire d'extirpation de végétations.

A la fin d'octobre, le malade se trouvant bien et pouvant commencer à respirer facilement en bouchant la canule, le D^r Ferrand se décida à la lui enlever. Pendant quelques jours la respiration se fit facilement, mais le cinquième jour, les accidents recommencèrent et il fallut remettre la canule.

Le docteur Krisbaber fit alors un examen laryngoscopique et pratiqua l'extirpation de quelques végétations avec la pince à polypes.

En 1875 et 1876, ce malade est soigné par Isambert, qui

pratique de fréquentes séances d'arrachement de ces végétations, mais sans arriver à pouvoir rendre possible la respiration par le larynx.

En 1877, à la suite de séances répétées d'extirpation, suivies de cautérisations avec une solution d'acide chromique, Isambert obtient une respiration plus facile et enlève la canule. Cette amélioration a peu de durée, car moins de deux mois après, on est obligé de pratiquer une seconde fois la trachéotomie.

En 1878, le Dr Cadier commence à donner des soins à ce malade et a d'abord recours au procédé d'arrachement et de cautérisation à l'acide chromique avec la solution suivante :

Acide chromique.....	1 gramme.
Eau distillée.....	15 —

Mais ces végétations papillaires repullulaient avec une rapidité désespérante, et l'on n'obtenait aucun autre résultat que celui d'avoir en ce patient, très facile à examiner, un véritable mannequin vivant, toujours disposé à se faire enlever des végétations, et qui a été d'une grande utilité pour exercer les élèves de la clinique à la manœuvre de la pince à polypes.

Au commencement de 1879, je fais suivre chaque arrachement à la pince, d'une cautérisation au galvano-cautère chauffé au rouge sombre. Ce procédé me fait obtenir un premier et heureux résultat, c'est un arrêt immédiat de l'écoulement du sang, ce qui permet de prolonger les séances : mais après quelques semaines de ce traitement, je constate un second résultat beaucoup plus important, c'est la repullulation moins rapide des végétations. Encouragé par ce fait, je prolonge les séances d'extirpation et je les fais plus fréquentes d'abord, et peu à peu je puis en diminuer le nombre car le résultat obtenu reste acquis d'une manière presque définitive. En même temps, pour obvier au rétrécissement de la glotte occasionné, tant par l'hyperplasie des tissus muqueux et sous-muqueux, que par l'affaissement de l'ensemble du larynx par suite du défaut de fonctionnement de

cet organe, depuis 5 ans qu'il portait sa canule : je pratique la dilatation du larynx.

Au mois de juin 1879, je puis enlever la canule pendant une demi-journée en la remplaçant par un bouchon qui ferme hermétiquement l'ouverture trachéale ; et je présente alors ce malade à la Société de médecine pratique. Les végétations ne repoussent plus, je continue un peu de dilatation, j'habitue peu à peu le malade à se servir de son larynx, et je lui fais quelques applications de courants d'induction, car il a toujours un peu de paralysie des cordes vocales et surtout de la gauche. Le 5 septembre, je lui enlève définitivement sa canule, la respiration se fait facilement, la voix redevient meilleure et lorsque la plaie trachéale est entièrement bouchée il n'éprouve plus aucun accès de suffocation. En janvier 1881, j'ai des nouvelles de ce malade, sa respiration s'effectue toujours facilement, et les fonctions de son larynx sont presque revenues à l'état normal.

OBSERVATION II.

Dans un second cas, un syphilitique, ancien acteur, 40 ans, avait plusieurs végétations à la commissure antérieure dont j'avais, à diverses reprises assez éloignées, enlevé des fragments assez considérables sans que le résultat définitif parût bien appréciable. Encouragé par mon premier fait, j'eus alors recours au galvano-cautère après chaque séance d'extirpation : à dater de ce jour, je pus constater un progrès durable après chaque séance d'extirpation, et mon malade fut débarrassé définitivement à la sixième séance. Six mois plus tard, il n'y avait aucune récidive.

OBSERVATION III,

recueillie par *Petitjean*, chef de clinique.

R... se présente à la clinique du D^r Cadier le 5 août 1880 ; ce malade avait subi plusieurs opérations d'arrachement de végétations polypiformes syphilitiques faites par Krishaber. Après une série de plusieurs séances, sa voix, paraîtrait-il,

s'éclaircissait pendant un certain temps : puis, peu à peu il reperdait le terrain gagné et revenait en quelques mois à l'état primitif. Ce n'est qu'après plusieurs de ces tentatives infructueuses que le malade vint à la clinique pour la première fois : nous constatons alors de nombreuses végétations papillaires sur les deux cordes vocales et surtout sur la droite.

Ce malade fut mis immédiatement au traitement par les cautérisations au galvano-cautère après chaque séance d'arrachement avec la pince. Ainsi que dans les deux cas précédents, la cautérisation galvano-caustique permettait d'obtenir un résultat beaucoup plus rapide, les végétations n'ayant plus cette tendance aussi rapide à repulluler.

Ce traitement eut une durée de deux mois, après lesquels le malade put repartir. L'examen laryngoscopique pratiqué 6 semaines plus tard fit constater que les végétations ne s'étaient pas reproduites.

OBSERVATION IV.

Dans un quatrième cas, un malade atteint de nombreuses végétations papillaires syphilitiques du larynx, fut traité par le même procédé ; mais il a quitté la clinique avant que le résultat définitif ait pu être obtenu ; cependant l'amélioration chez ce malade avait été beaucoup plus rapide et beaucoup plus marquée que lorsque l'on n'avait eu recours qu'au simple arrachement suivi d'une cautérisation à l'acide chromique.

A ces quatre cas, je pourrais en ajouter un certain nombre dans lesquels, ayant affaire à des végétations papillaires nombreuses du larynx, j'ai eu recours avec succès au procédé mixte par la pince et le galvano-cautère, mais l'énumération de ces cas n'aurait pas à beaucoup près la même valeur, car on pourrait m'objecter que rien ne prouve que, dans ces cas, l'emploi du galvano-cautère fût nécessaire pour empêcher cette repullulation qui pouvait par elle-même n'avoir aucune tendance à se produire.

Le nombre des faits de cette nature qui se sont présentés à mon observation a été de neuf. Dans un cas, il y avait des

végétations papillaires envahissant tout le vestibule du larynx et une partie des cordes vocales. Dans deux cas, les végétations étaient limitées à la commissure antérieure, et dans six cas, les cordes vocales seules étaient envahies. Chez un de ces malades qui était atteint de végétations papillaires polypiformes de tout le vestibule, le résultat a été très difficile à obtenir, et, pendant les 8 premières séances d'extirpation, la repullulation semblait se produire malgré les cautérisations, et ce n'est qu'aux séances ultérieures que nous avons pu commencer à voir se produire un peu d'amélioration qui, du reste, a été définitive après la dix-septième séance.

En discutant sur les 4 cas dont je viens de publier les observations, nous pouvons constater l'insuccès antérieur d'un traitement local par l'arrachement avec la pince, allié à une médication interne anti-syphilitique. Cette double médication avait été, dans les 4 cas, prolongée pendant un temps assez long, pour qu'aucun doute sur son inefficacité ne puisse exister; et c'est à cause de ce point capital que j'ai tenu, malgré sa longueur, à vous donner ma première observation dans tous ses détails.

Maintenant, quelles conclusions pourrai-je tirer de l'analyse de ces observations? Loin de moi l'idée de vouloir poser en principe qu'il est indispensable, pour enlever des végétations polypiformes, d'avoir recours au double procédé que je viens de décrire. Je crois, au contraire, qu'en l'état actuel de la science, qui ne nous permet pas à simple inspection de pouvoir dire si des végétations ont tendance à repulluler après leur arrachement; je crois qu'il sera bon d'avoir recours d'abord au simple procédé par arrachement, et de réserver la cautérisation consécutive pour les cas où quelques séances antérieures auront fait constater la repullulation. Ces cas d'application du galvano-cautère seront-ils nombreux? mon expérience sur ce fait est encore trop restreinte pour que je puisse faire une statistique à cet égard; mais je crois, d'après ceux que j'ai observés jusqu'à ce jour, que ce procédé peut trouver son application au moins dans la moitié des cas de végétations papillaires du larynx.

UNE MODIFICATION DU SERRE-NŒUD DE JARWIS

Par le Dr **Jefferson Bettman** (de Chicago).

Lors de mon séjour à Londres, j'ai eu l'occasion d'appeler l'attention du public médical sur une modification que j'ai introduite dans le serre-nœud de Jarwis (voy. *Lancet*, 5 août 1882). Le succès que ce perfectionnement a obtenu tant en Angleterre qu'en Amérique, m'engage à le présenter à mes confrères français par l'intermédiaire de cet estimable journal.

Le serre-nœud a été inventé par le Dr Jarwis, de New-York, et modifié par lui à plusieurs reprises.

Le dernier modèle a été présenté par le Dr Bosworth au Congrès médical international de Londres.

Les nombreuses applications dont il est susceptible, dans les maladies du nez, lui ont valu l'approbation de beaucoup de spécialistes. Il n'est pas dans mon intention en ce moment d'entrer dans des détails sur ses mérites et ses avantages. Je ne puis que renvoyer aux nombreux articles de Jarwis, Bosworth, Lesler et autres, qui ont été publiés, à diverses époques, dans les *Archives of Otology*. Cet instrument est utile principalement pour l'extirpation des polypes nasaux et pour l'enlèvement des tissus hypertrophiés au niveau des cornets. Si les précautions recommandées par Jarwis et d'autres sont exactement observées, l'opération ne donne lieu qu'à une hémorragie insignifiante et cause très peu de douleur.

L'instrument est, dans toute l'acception du mot, un écraseur et repose, en grande partie, sur le principe de l'écraseur linéaire de Chassaignac. Dans l'instrument primitif, la canule extérieure était mue par une vis.

Dans ma modification, la vis a été remplacée par un barreau plat, qui se manœuvre plus aisément et avec moins d'effort. Une particularité de mon instrument, sur laquelle je désire tout spécialement attirer l'attention, c'est le mode d'assujettissement des deux extrémités du fil métallique. Dans l'instrument de Jarwis, elles étaient enroulées sur deux

petites épingles, et quand le cas l'exigeait, il fallait les détacher, puis les enrouler de nouveau. C'était là une opération longue, souvent pénible, et l'on risquait de rompre le fil. A cette disposition, j'ai substitué une vis de pression, grâce à laquelle le déplacement du fil s'exécute de la manière la plus facile et très rapidement.

L'intégrité du fil n'est en aucune façon mise en péril; un simple tour de la vis de pression suffit pour relâcher le fil ou pour le resserrer.

Un détail tout à fait caractéristique et original consiste dans l'addition d'un tube avec une courbure rétro-nasale. Le tube droit, qui sert pour les opérations dans les fosses nasales, peut être dévissé et remplacé par celui-ci qui est plus long et recourbé. Sa longueur et sa courbure sont réglées strictement d'après ses dimensions anatomiques.

Parmi de nombreux exemples, qui démontrent l'utilité pratique de cette importante addition, je ne veux citer que le cas de M. le professeur James, que j'ai opéré à l'époque où j'étais chef de clinique du Dr Morell Mackenzie. Il s'agissait d'un polype muqueux (myxome), qui prenait racine sur la face postérieure ou pharyngienne du voile du palais et pendait librement dans la cavité du pharynx. Tous les essais de l'extraire par les fosses nasales ayant échoué, on eut recours à mon instrument. On l'introduisit dans la bouche; le fil put être passé sur la tumeur sans difficulté, et le pédicule fixé; l'excroissance fut alors arrachée sans écoulement de sang.

Dans le cas d'une tumeur fibreuse naso-pharyngienne à sa période de développement, l'usage de cet instrument serait évidemment de la plus grande utilité.

Le fil dont je me sers est un fil d'acier pour piano n° 5 ou 6. Dès 1872, Voltolini a signalé les services importants que peuvent rendre les cordes de piano dans les opérations intéressant les fosses nasales. (Voyez *Voltolinis Anwendung der Galvano-caustik Wien.*, 1872, p. 251.)

Mon instrument est fabriqué, sur mes dessins, par MM. Meyer et Meltzer, à Londres, et M. John Reynders et C^{ie}, à New-York.

CH. B.

ANALYSES

Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par le
D^r A. DESCROIZILLES, médecin de l'Hôpital des Enfants-
Malades.

M. le D^r Descroizilles vient de publier à la librairie Delahaye et E. Lecrosnier un ouvrage de pathologie et de clinique infantiles. Ce livre est un traité succinct et élémentaire que le savant auteur présente aux élèves et aux praticiens comme le résumé de ses études et de ses observations journalières à l'Hôpital des Enfants. Son usage sera essentiellement utile et pratique. C'est en cherchant à lui donner ce double caractère si juste et si vrai que M. le D^r Descroizilles a sagement élagué les notions d'historique qui surchargent la mémoire : la distraient et la retardent à recueillir les connaissances dont l'étudiant et le médecin praticien ont un prompt besoin. Cependant, pour faciliter les recherches de plus amples détails, dont la nécessité peut se présenter aux lecteurs, il a été inséré à la fin de chaque chapitre un index bibliographique des auteurs et de leurs travaux sur les maladies des enfants. Parmi les noms que l'on y rencontre le plus fréquemment, nous citerons les illustres et savants maîtres, Trousseau et H. Roger à qui ce livre est dédié, Germain Sée, Bouchut, de Saint-Germain, Parrot, Cadet de Gassicourt, Rilliet, Barthez, etc., etc. En écrivant après tant de maîtres, l'auteur nous prévient humblement qu'il n'a pas voulu faire du nouveau « mais mettre au net des notes et des extraits qui représentent un labeur de plusieurs années, et résumer méthodiquement des faits. »

Le *Manuel* qui comprend un millier de pages est divisé en neuf livres, partagés eux-mêmes en plusieurs chapitres. Le premier livre contient des généralités sur l'anatomie, la physiologie, la séméiotique, l'hygiène, la thérapeutique de l'enfance, etc. Le second est consacré aux maladies du tube digestif et de ses annexes : le troisième, aux maladies des

organes génito-urinaires. Dans les quatrième et cinquième livre, sont développées les maladies des appareils de la respiration et de la circulation. Enfin, les affections du système nerveux, de l'appareil locomoteur et de la peau ont été groupées dans les trois derniers livres. Le neuvième mérite une mention particulière. En effet M. le Dr Descroizilles, voyant que cette partie de la pathologie infantile était un peu trop délaissée, a voulu réagir. Placé à la tête d'un service auquel sont affectées deux salles pour les maladies de la peau, il a pu les étudier, les comparer et voir les difficultés qu'elles présentent. Bien convaincu de leur grande importance, il a fait une large place à leur description dans son *Manuel*. Le neuvième livre lui fait un grand honneur.

Quand on parcourt les différents chapitres, on remarque avec une bien grande satisfaction le long développement qui est donné à la symptomatologie et au traitement, ces deux points indispensables pour connaître et pour combattre une maladie. L'exposé en est simple, clair et net; l'esprit saisit sans travail et la mémoire peut retenir sans être surmenée.

Aussi affirmons-nous avec une pleine sincérité notre confiance au succès prompt et retentissant de l'ouvrage de M. le Dr Descroizilles, car il sera à la fois un livre très instructif pour l'étudiant et un guide puissant pour le médecin-praticien.

Nous nous bornerons à faire connaître en les analysant les chapitres qui intéressent spécialement les lecteurs des *Annales* des maladies de l'oreille et du larynx.

M. le Dr Descroizilles voudra bien nous permettre de regretter un peu qu'il n'ait pas consacré un chapitre aux maladies de l'oreille. Celles que nous avons l'occasion d'observer, à la Clinique otologique sur un si grand nombre d'enfants, sont assez nombreuses et suffisamment graves par la surdité qu'elles entraînent souvent, pour légitimer notre observation. Que d'enfants de tous les âges nous sont amenés avec des lésions de l'oreille trop profondes pour être guérissables et dont le mauvais état doit être attribué bien souvent à la négligence des parents ou à l'impéritie des médecins en cette matière. L'auteur eut ainsi contribué à vulgariser cette partie de la pathologie infantile, qui n'est connue que d'un petit

nombre, comme il a travaillé à le faire pour les affections cutanées qu'il a si bien décrites.

Le chapitre II, du livre II, traite des maladies du pharynx ; ce sont : l'angine catarrhale, l'angine tonsillaire, l'amygdalite, l'hypertrophie des amygdales, les abcès rétro-pharyngiens, la gangrène du pharynx, l'angine herpétique, l'angine diphtéritique.

L'inflammation des amygdales apparaît avec un cortège de symptômes intenses : douleur vive locale, frisson, fièvre, température de 40°, déglutition pénible, une presque impossibilité de l'ouverture de la bouche, tuméfaction œdémateuse d'une ou des deux amygdales. Lorsque l'abcès s'est formé et percé, le malade rejette des crachats fétides mêlés de pus et de sang. L'amygdalite est bénigne ; l'ouverture de la carotide interne peut cependant la rendre foudroyante. L'œdème du larynx peut être encore une complication à redouter.

L'amygdalite chronique n'a rien de grave. Les lymphatiques et les scrofuleux en sont fréquemment atteints.

Quant à l'hypertrophie des amygdales, elle entraîne de l'adénite sous-maxillaire, du coryza, de la blépharite, de la surdité. Dans ce dernier cas, nous exposons nos idées personnelles, l'intumescence est une cause permanente d'irritation de la trompe d'Eustache qui s'enflamme, devient turgescente, se ferme à l'air qui manque ensuite dans la caisse et provoque la surdité. D'autres fois, nous avons vu la muqueuse de la caisse du tympan s'enflammer et la suppuration s'établir en permanence jusques après l'ablation de l'amygdale hypertrophiée. Cette intumescence, dit le Dr Descroizilles, gêne la respiration et entraîne l'aplatissement du thorax et la forme ogivale de la voûte palatine.

Les abcès rétro-pharyngiens n'ont pas une marche bruyante comme l'amygdalite aiguë, mais insidieuse et ils pourraient être méconnus si l'on n'avait un grand soin de pratiquer l'exploration par le doigt.

Les symptômes que l'on observe sont attribués quelquefois à une angine simple, à un croup et à un œdème de la glotte avec lesquels ils coïncident assez souvent. On devra

soupçonner un abcès rétro-pharyngien lorsqu'il y aura de la rigidité du col, de la dysphagie, une vive douleur produite par les mouvements de la tête sur les vertèbres cervicales coïncidant avec du gonflement du cou. C'est une affection qui entraîne souvent la mort, surtout chez les jeunes enfants.

La fétidité de l'haleine est le caractère fondamental de la gangrène du pharynx. Celle-ci se produit par plaques rondes ou ovalaires, variant de quelques millimètres à quelques centimètres, déprimées, noirâtres ou grisâtres, taillées à pic. Leur chute laisse un fond ulcéré. La gangrène s'observe à la suite de la scarlatine, de la variole, de la fièvre typhoïde, etc. La guérison est exceptionnelle.

Il n'en est pas de même de l'angine herpétique. Cette affection, qui se termine toujours heureusement au bout de quelques jours, survient brusquement. Ce sont d'abord des manifestations fébriles. On voit ensuite apparaître l'éruption vésiculeuse. Les amygdales, la luette et le voile du palais sont envahis par les vésicules herpétiques. Discrètes ou confluentes, ces vésicules présentent un aspect analogue à celles de la peau, à cette différence cependant qu'elles se terminent par de fausses membranes. C'est cette transformation ultime qui a valu à l'angine herpétique la fausse appellation d'angine couenneuse commune. Du reste, les médecins ne doivent pas ignorer qu'une poussée d'herpès peut se produire dans le larynx et simuler le croup. Disons pour finir que, c'est à partir de la troisième année, que l'angine herpétique se développe le plus fréquemment.

Nous arrivons maintenant à l'analyse rapide d'une maladie dont les effets redoutables et souvent mortels sont connus de tout le monde, l'angine diphthérique. C'est qu'en effet ce processus morbide n'est pas seulement observé chez les enfants. Les élèves et les médecins savent très bien que sa malignité sévit impunément et se choisit, tous les ans, une hécatombe dans la grande Cité ou dans ses hôpitaux. Dernièrement, c'était le tour de Gustave Rivet à mourir. Attaché à l'hôpital de la Charité, en qualité d'interne, il fut surpris par la diphthérie qu'il soignait chez une malade qu'il avait reçue d'urgence dans une salle pendant son service et qui

avait succombé le jour même de son entrée. En quelques heures, Gustave Rivet s'affaissait et périssait étouffé par les membranes diphthéritiques. Les soins de ses maîtres Desnos, Hardy et Desprès étaient restés impuissants. Nous saluons respectueusement cette victime du devoir, car Gustave Rivet est mort par le dévouement et pour l'honneur.

L'angine diphthéritique est grave et maligne chez les uns, légère et bénigne chez d'autres. Elle prend souvent la première forme lorsqu'elle est épidémique et la seconde, à l'état sporadique. On l'observe isolément ou en même temps que le croup. Ce processus morbide est primitif ou secondaire. Son début est insidieux. « L'angine diphthéritique est, surtout à son début, la moins douloureuse des inflammations de cette région ; il n'en est aucune qui s'accompagne, au même degré, d'intumescence souvent précoce et d'un état général, promptement caractérisé par l'adynamie et le défaut de réaction. » Nous ne décrivons pas la maladie, mais nous laisserons à l'auteur le soin de dire ce que sont les pseudo-membranes infectieuses de l'angine diphthéritique. « La fausse membrane, au moment de sa formation, est un enduit de peu d'épaisseur, surtout au niveau de ses bords, et qui laisse apercevoir encore la teinte rutilante de la muqueuse. Cependant, elle a quelquefois presque immédiatement une coloration blanc jaunâtre et n'est jamais transparente. Occupant d'abord une surface restreinte, elle s'étend sur les points qui ne sont pas encore envahis, avec plus ou moins de promptitude. Après s'être montrée en premier lieu à la face interne des amygdales, elle atteint les piliers du voile du palais, puis la luette et le pharynx. Dans d'autres cas, les néoplasies se développent simultanément sur plusieurs points qui marchent à la rencontre les uns des autres et forment une surface continue. Leur épaisseur s'accroît non moins que leurs dimensions ; leur apparence n'est pas partout la même. Sur les amygdales, elles forment des taches circonscrites ou des lames étendues ; autour de la luette, elles sont disposées à la façon d'un doigt de gant, ou se développent seulement sur ses parties latérales comme un liséré, dont la teinte jaunâtre ou grisâtre tranche sur la coloration rouge de la portion mé-

diane de l'appendice. Il s'écoule un temps très variable entre le moment où les couches de nouvelle formation ont commencé à se déposer, et celui où elles se détachent. L'intervalle peut être de vingt-quatre à soixante-douze heures, mais elles se reproduisent presque toujours plusieurs fois et cette reproduction ne cesse que vers la fin du premier septennaire. Elles disparaissent aussi en devenant successivement plus minces et moins étendues sans se détacher en bloc. Dans certains cas les fausses membranes ont la forme de lambeaux grisâtres, presque noirs sur quelques points, qui sont comme suspendus aux amygdales et au voile du palais dont ils sont détachés par la plus grande portion de leur étendue. Ces lambeaux sont friables, mêlés de sang et de sanie, d'odeur fade et fétide. Quand ces parties flottantes des pseudo-membranes sont complètement détachées, on voit que les tissus sous-jacents sont plus ou moins rouges, et que les amygdales et la luette sont notablement déformées et amoindries dans leur volume. » Dans la forme maligne les membranes qui ont un aspect gris foncé s'étendent aux fosses nasales et au larynx.

On vient de le voir, M. le Dr Descroizilles a fait une description magistrale de la formation et des caractères des pseudo-membranes de la diphtérie. Quant au traitement de l'angine couenneuse nous nous contenterons d'indiquer la marche générale à suivre. Voici les règles indiquées par l'auteur lui-même. « Pour combattre l'angine pseudo-membraneuse, on s'adresse à la médication topique dans le but de détruire sur place la néoplasie, et on y associe, soit les vomitifs pour faciliter son expulsion, soit le calomel et les alcalins à titre d'altérants, soit les toniques pour lutter contre la dépression des forces qui, dans toute affection diphtérique joue un rôle important. »

Les maladies des fosses nasales commencent le quatrième livre. Le coryza, la rhinite et l'ozène sont les sujets du premier chapitre.

Le coryza est un état catarrhal de la membrane pituitaire qui se développe avec ou sans fièvre. Lorsque l'inflammation se propage jusqu'à la conjonctive, dans le pharynx et le

larynx, elle entraîne de la difficulté dans la déglutition, de l'altération de la voix, et une toux rauque. On observe souvent de la surdité concomitante au coryza. Cette affection peut devenir dangereuse pour les jeunes enfants en leur empêchant la succion. Sa durée est courte et elle passe vite à l'état chronique. Chez les scrofuleux la sécrétion nasale prend quelquefois une odeur de punaisie qui est l'indication de l'altération des os du nez. La maladie prend dans ce cas le nom d'ozène.

Nous signalerons seulement le chapitre de l'épistaxis et celui des polypes, corps étrangers du nez, abcès des fosses nasales pour nous hâter d'arriver aux maladies du larynx.

Disons, d'abord, quelques mots du faux croup.

La laryngite striduleuse ou faux croup se manifeste chez les enfants par des crises de suffocation qui se produisent presque toujours pendant la nuit, de onze heures à minuit. M. Descroizilles les décrit ainsi : « L'enfant après avoir dormi paisiblement, se réveille en sursaut avec tous les signes d'une violente dyspnée. Il tousse bruyamment, et la sonorité de la toux est telle, qu'on l'a comparée, à juste titre à l'aboïement d'un chien. En même temps, la respiration est bruyante et très pénible, la physionomie terrifiée ; la face rougeâtre ou violacée, sèche ou couverte de sueur, le pouls petit et fréquent, la température plus élevée qu'à l'état normal. On constate tantôt que la voix reste claire, tantôt qu'il y a un enrouement plus ou moins complet. Le petit malade s'assied sur le lit, appuyé sur ses deux membres supérieurs, ou se dresse d'un bond en contractant ses muscles thoraciques ; dans quelques cas, il est pris de mouvements convulsifs. » La fin de la crise est marquée par une abondante transpiration. Cette affection peut être suivie d'un seul ou de plusieurs accès.

L'œdème de la glotte étant rarement observé chez les enfants, nous nous contenterons de dire qu'il est presque constamment consécutif à une angine ou à une laryngite aiguë, à une variole, à un érysipèle de la face, à une néphrite albumineuse. Il ne nous reste plus qu'à parler de l'état pathologique qui victime et tue le plus souvent l'enfance. Les

lecteurs devinent déjà que nous dénonçons la laryngite pseudo-membraneuse ou le croup. Vingt-quatre belles pages lui ont été consacrées par le savant auteur. Notre plus grand regret est de ne pouvoir les reproduire ici, car elles sont remplies de détails nombreux, justes et précis. Disons quelque chose cependant de cette maladie.

L'élément fondamental du croup, c'est la fausse membrane. Comme dans l'angine, elle peut se développer isolément dans le larynx ou s'étendre aux diverses voies respiratoires.

Le médecin de l'Hôpital des Enfants divise la marche du croup en trois périodes, division admise par Guersant, acceptée ensuite par M. Jules Simon.

Une période prodromique, une seconde dyspnéique, et une troisième asphyxique.

Pendant la première, les fausses membranes se développent tantôt dans le pharynx et les fosses nasales, tantôt d'emblée à la face interne du larynx. Alors se manifestent une sensation douloureuse au devant du larynx, des altérations de la voix et de la toux.

La voix s'enroue d'abord; puis elle devient rauque, s'affaiblit jusqu'à l'extinction plus ou moins complète, à mesure que les néoformations s'épaississent et modifient la texture des cordes vocales. La toux, peu fréquente au début, devient quinteuse plus tard, pour disparaître vers la fin de la maladie. On l'a comparée à l'aboïement d'un chien. A cette période, le malade a une expectoration peu abondante et muqueuse, et la respiration, encore libre, prend un caractère sifflant. Lorsque survient la seconde période, la voix s'altère de plus en plus et la toux disparaît entièrement. « La dyspnée s'accroît rapidement, dit M. Descroizilles, l'air franchit avec peine le larynx rétréci; il résulte de cette difficulté un sifflement serratique et prolongé qui accompagne l'inspiration, tandis que l'expiration est courte et silencieuse, ou légèrement sifflante. »

A la troisième période le malade devient aphone la dyspnée est à son plus haut degré, l'étouffement constant.

L'asphyxie commence et le petit malade succombe dans le coma.

En terminant, nous rappellerons à nos lecteurs que nous leur présentons ici moins une analyse que le groupement de quelques idées émises dans certains chapitres du *Manuel de pathologie et de clinique infantiles* du savant médecin de l'Hôpital des Enfants.

L. CAUSIT, *chef de clinique*,

Contribution au traitement des polypes de l'oreille, par
le Dr MASINI, professeur libre de laryngologie et d'otologie,
à Gênes.

Dans le but d'inviter quelques-uns de ses collègues à se servir du galvano-cautère dans les polypes de l'oreille, et pour faire accorder à ce moyen chirurgical un plus grand crédit, le Dr Masini vient de publier une observation qui se rapporte à un officier de marine atteint de végétations polypeuses multiples du conduit auditif.

- C'est un certain Luigi M..., âgé de 22 ans. Il raconte que depuis son enfance, il a remarqué un écoulement purulent, parfois sanguinolent, dans ses deux oreilles. Peu à peu la perception auditive a diminué au point d'en être réduit à ne pouvoir plus converser avec ses amis quand ils n'avaient pas la précaution de parler très haut. Il a toujours été bien portant et il se plaint seulement depuis quelques années d'un catarrhe naso-pharyngien. A l'examen, on constate un processus catharral chronique aussi bien dans les fosses nasales que dans le pharynx, avec hypertrophie de la muqueuse. Dans l'oreille on observe un écoulement abondant de matières purulentes, fétides, de couleur jaunâtre. Le conduit auditif convenablement nettoyé, on aperçoit au fond une masse rougeâtre, mamelonnée, qui remplit à droite tout le tiers interne de ce canal; on voit à gauche de pareilles végétations, moins abondantes cependant et qui n'arrivent pas à remplir en totalité le fond du conduit.

La faculté auditive a notablement diminué, plus encore à droite qu'à gauche.

Le diagnostic était, on le comprend, facile à faire. On se trouvait en présence d'une otorrhée invétérée qui avait été la cause déterminante des végétations polypeuses si apparentes au fond du conduit auditif externe. Le traitement était dès lors facile à prescrire.

Extirpation ou destruction des tumeurs et injections antiseptiques et astringentes propres à faire cesser l'écoulement, en admettant toutefois que cet écoulement n'eût pas disparu après l'excision des masses polypeuses.

Ici l'auteur indique d'une façon synthétique la thérapeutique des polypes de l'oreille qui ressemble beaucoup à celle de tous les autres polypes, soit qu'on ait recours aux topiques, soit qu'on invoque la médecine opératoire proprement dite, la ligature, l'excision, la torsion, l'arrachement, la cautérisation avec les acides concentrés, avec le fer chauffé à blanc.

Il passe en revue les principaux caustiques qui ont été employés, le nitrate d'argent, l'acide chromique, le perchlorure de fer recommandé par Clarke et par Urbantschitsch. Leur action est trop faible, superficielle et insuffisante pour obtenir la destruction des masses polypeuses.

On essaya aussi de la compression, mais ce fut une pratique qu'on abandonna bien vite par suite des douleurs violentes qu'elle déterminait dans l'oreille.

L'extirpation des polypes peut se faire soit par arrachement, soit par excision. Le premier procédé qui ne permet jamais d'arracher complètement la tumeur, donne des résultats médiocres. De plus, c'est une opération extrêmement douloureuse dans laquelle le chirurgien s'expose à déchirer la membrane du tympan ou le périoste du conduit ou de la caisse, et à provoquer ainsi des accidents très graves. L'arrachement était cependant, d'après Velpeau, la seule méthode qui puisse être appliquée aux polypes dont la racine est profondément située. Il l'effectuait avec des tenettes ordinaires à cuillers fenêtrées, minces et garnies de dents. Il les ouvrait modérément, les engageait entre la tumeur et les

parois du canal qu'il écartait avec douceur, les faisait ainsi glisser le plus profondément possible, et quand le polype était solidement saisi, les tournait sur leur axe, puis arrachait le tout, moitié en tirant, moitié en tordant.

Revenant à son malade, le D^r Masini eut recours au galvano-cautère dont il enfonça la pointe au centre de la masse polypeuse. Il fit diverses applications d'un côté comme de l'autre, sans que le malade donnât signe d'une grande douleur. La sensation qu'il éprouvait, aussitôt que la pointe incandescente exerçait une petite pression sur la masse polypeuse, était un pétilllement à peu près analogue à celui que l'on produit en jetant des grains du sel sur des charbons enflammés.

Tous les deux ou trois jours on procédait à une nouvelle cautérisation.

Aujourd'hui, le malade est guéri et a reconquis une audition presque exceptionnelle, puisqu'il entend très bien le tic-tac d'une montre ordinaire à une distance de 70 centimètres, alors que, au moment où il s'était présenté, il ne percevait ce battement qu'à 10 centimètres pour l'oreille droite et à 12 pour la gauche. — Les conditions anatomiques du conduit et de la membrane sont excellentes. Dans le conduit on observe seulement un léger épaissement du derme et quelques points cicatriciels. Dans la membrane on remarque que les perforations disparaissent par la formation d'un nouveau tissu qui remplace parfaitement la membrane du tympan, puisque la faculté auditive est revenue à un degré suffisant.

Dans sa pratique, l'auteur n'a jamais eu à regretter l'emploi du galvano-cautère et il conclut en disant que ce moyen chirurgical, dans le traitement des polypes de l'oreille, est d'un puissant effet :

Quand les végétations polypeuses sont multiples et qu'elles n'offrent point de prise.

Quand les polypes sont de consistance dure, fibreuse.

Quand on a besoin de cautériser la racine de la tumeur pour éviter les récidives.

Quand enfin on veut détruire promptement et sûrement le tissu hétérogène.

A. DUBRANLE.

La trachéotomie et l'extirpation du larynx dans les affections malignes de cet organe. (*Saint-Louis, Courrier of Medecine*, août 1883.)

L'extirpation du larynx a été exécutée pour la première fois par Billrot, en 1883. Le larynx était atteint d'une lésion organique. Le patient survécut à l'opération, mais il mourut sept mois après.

La récurrence survint au bout de quatre mois.

Depuis 1873, l'extirpation a été pratiquée soixante-cinq fois, d'après la statistique publiée dernièrement par le Dr Solis Cohen (*Transactions of Philadelphia college of physicians and Surgeons*). A ces cas il faut en ajouter un autre, celui rapporté par le regretté Dr Hodgen. Le malade est mort quatre jours après l'opération. Les soixante-cinq cas cités par le Dr Cohen, comprenaient cinquante-six carcinomes, cinq sarcomes et quatre affections non malignes.

Des cinq cas de sarcomes, un est encore vivant et en état de travailler, six ans après l'opération : c'est un homme de 24 ans (Bottoni).

Le cas de Casselli, une jeune fille de 19 ans, à laquelle on a enlevé le larynx, le pharynx, la voûte palatine, la base de la langue, les amygdales et une portion de l'œsophage, est encore en vie deux ans après l'opération. Les trois autres cas ont vécu respectivement dix-sept, quinze et sept mois après l'ablation du larynx.

La statistique de l'extirpation dans les cas d'affections malignes du larynx est très sombre. Sur les cinquante-six opérés, quarante-deux individus sont morts, ou ont présenté une récurrence du mal.

La plus longue période de vie après l'opération a été de quinze mois, mais la grande majorité a vécu moins d'un mois. 40 0/0 des opérés sont morts dans la première huitaine, et

87 0/0 six mois après l'opération. 14 individus qui ont subi l'opération pour affections malignes, sont supposés encore vivants ; un d'entre eux a été opéré il y a deux ans, et les treize autres ont survécu de cinq jours à dix-neuf mois.

La mort a été occasionnée principalement par la pneumonie, le traumatisme, la phtisie ou la récurrence. Aucun malade n'est mort sur la table d'opération, et ceux qui survécurent deux semaines échappèrent en général au danger de mourir par pneumonie. La récurrence est la plus commune entre la quatrième et le neuvième mois. La tuberculose, la bronchite putride, la pleurésie et la péricardite ont été fatales dans un grand nombre de cas.

Cette statistique permet d'apprécier la valeur et l'opportunité de l'opération dans les maladies du larynx. Un point important a été omis dans cette statistique comme dans toutes opérations chirurgicales. Dans le plus grand nombre de cas, on n'a indiqué la situation du malade au point de vue de l'aisance et du bien-être. La prolongation de la vie n'est peut-être pas toujours un bienfait. Dans un cas, un cas de sarcome, où le malade a survécu sept mois après l'opération, la condition de celui-ci était telle, que la mort eut été préférable à la vie. Pour ce qui est de la valeur de l'opération en elle-même, il y a lieu de se demander si elle prolonge réellement la vie, et si d'autres moyens moins radicaux ne donneraient pas des résultats aussi bons ou même meilleurs.

Fauvel qui a rendu compte de trente-cinq cas de trachéotomie pour affections malignes du larynx a trouvé que la durée moyenne de la vie dans les cas d'encéphaloïde du larynx sans intervention chirurgicale, était de trois et neuf mois, et dans le cas d'épithélioma de quatre années.

Cohen a eu dans sa pratique personnelle cinq cas de trachéotomie, la durée de la vie a été la suivante :

Un cas, six mois ; deux cas, sept mois ; un cas, treize mois et un dix-huit mois.

Si nous prenons la statistique de Fauvel, nous trouvons que lorsque la trachéotomie a été faite, la vie est prolongée de neuf mois environ dans les cas d'encéphaloïde, dans ceux d'épithélioma d'environ deux ans.

Cohen a noté que le moins favorable de ses cas a vécu six mois après l'opération : les autres ont vécu pendant un temps variant de 7 à 18 mois. Un opéré du Dr Mudde était vivant et dispos dix-huit mois après avoir été trachéotomisé.

La comparaison entre les résultats de la trachéotomie et ceux de l'extirpation du larynx est donc beaucoup plus favorable à la première de ces deux opérations. CH. B.

Ulcère syphilitique du pharynx, par le Dr MULHALL. (*The Saint-Louis Medical and surgical Journal*. Juillet 1883.)

Le cas dont il s'agit offre une particularité intéressante. Un homme de 40 ans environ vint me consulter pour un ulcère qu'il portait sur la paroi gauche du pharynx et dont la nature syphilitique était démontrée à la fois par l'apparence et par les commémoratifs.

Je prescrivis le remède ordinaire, l'iodure de potassium, à la dose, je crois, de 1^{gr},50 par jour en trois fois. Le troisième jour, le malade revint pour me dire qu'il crachait du sang, chose qui ne lui était pas encore arrivée. Je n'attribuai point d'importance à ce fait, croyant que le sang provenait de l'ulcère. Dix jours après, l'ulcère était guéri, mais le malade continuait à rendre le sang par la bouche. Je soupçonnai alors que cela pouvait être l'effet de l'iodure de potassium. Je conseillai de cesser le médicament pendant une semaine ; l'hémoptysie fut alors supprimée aussitôt. Le malade ayant ensuite recommencé à prendre l'iodure de potassium, il eut de nouveau des hémoptysies, qui disparurent encore par l'interruption de la médication. Je fis une troisième fois reprendre, puis cesser le médicament, afin de m'assurer que c'était bien lui la cause de l'écoulement sanguin.

C'est une question fort intéressante que celle de l'action toxique de l'iodure de potassium. L'hémorragie à la suite de l'ingestion de cette substance n'est certainement pas un

fait très rare. Le plus fréquemment on observe une éruption de purpura, siégeant exclusivement au-dessous du genou. J'ai, pour ma part, vu plusieurs cas d'affections cutanées très sérieuses qui avaient été occasionnées par l'iodure de potassium. J'ai observé, en outre, un cas d'œdème de la glotte, qui a nécessité la trachéotomie et qui a été provoqué par l'iodure de potassium. Le malade était depuis quelques jours traité par ce médicament pour un rhumatisme. On a pu s'en convaincre par l'affirmation du médecin qui l'avait ordonné; on a pu aussi examiner la solution dont le malade s'était servi.

De plus, quarante-huit heures après l'opération, le malade, ayant été en état de parler, nous dit que quatre ans auparavant le même accident lui était arrivé et qu'à cette époque également, il était traité par l'iodure de potassium.

Quant à la dose à laquelle cette substance devient toxique, il existe certainement des idiosyncrasies à cet égard. Il semble toutefois que les accidents sont occasionnés surtout par de faibles doses. Le plus prudent c'est d'administrer l'iodure de potassium d'abord par petites quantités et d'augmenter la dose d'une manière progressive.

CH. B.

Hémorragie du larynx. (*Chicago medical Journal and examiner.* Août 1882.)

L'auteur rapporte le cas d'une femme de 45 ans qui souffrait d'une toux violente survenant par accès, et accompagnée d'hémoptysie. Le sang expectoré était d'un rouge vif, mélangé de quelques rares croûtes noirâtres. Rien d'anormal dans la poitrine ni dans les fosses nasales. La muqueuse de la bouche et de la partie supérieure du pharynx était pâle et luisante. Les symptômes les plus importants étaient révélés par le laryngoscope. Toute la muqueuse du larynx et de la trachée était uniformément congestionnée, d'une couleur rouge foncé, et couverte par places de petites croûtes brunes. Les cordes vocales étaient très hypertrophiées, leur bord

libre considérablement épaissi et légèrement irrégulier. Mais c'est l'état des cordes supérieures qui constitue le trait caractéristique de ce cas. Elles étaient presque livides, très épaissies, débordant sur les cordes intérieures et obstruant les ventricules du larynx. Elles étaient couvertes, en partie, de sang coagulé. Avec un bon éclairage, on apercevait facilement les vaisseaux superficiels de la muqueuse, qui formaient des lignes flexueuses et convergeaient vers deux points saignants situés symétriquement sur les faces latérales des cordes supérieures.

Diagnostic. — Laryngo-trachéite aiguë, et hémorragie au niveau des cordes vocales supérieures, par suite de la rupture de quelques petits vaisseaux.

Traitement. — Cautérisation au nitrate d'argent des points saignants. Laxatifs légers, inhalations de vapeurs benzoïques applications de morceaux de glace et d'eau froide sur le cou. La malade fut promptement améliorée et au bout de quinze jours environ, elle recouvra sa voix normale. La muqueuse du larynx reprit son aspect naturel.

La rapide apparition d'hémoptysies dans une laryngite aiguë est un fait très rarement observé. La position symétrique des deux points saignants est due probablement à ce que, pendant les accès de toux, les cordes supérieures, tuméfiées et congestionnées, étaient fortement pressées l'une contre l'autre; il a pu ainsi se produire une érosion de l'épithélium et une rupture des vaisseaux turgescents. Le contact du sang irritait le larynx et provoquait des secousses de sueur qui augmentaient encore la congestion de l'organe.

L'auteur cite quelques cas isolés d'hémorragie du larynx qui ont été traités par divers médecins, notamment par Semelder, Wavratil, Chande, Makenzie et Størk. CH. B.

Sur l'étiologie de la diphtérie, par le D^r LOVE.

A la séance du 28 avril de la Medical Society de Saint-Louis, le D^r Love revient sur la question de l'étiologie de la

diphthérie. Il y a quelque temps, il avait exposé, devant cette Société l'histoire de trois cas d'affections diphthéritiques qui, selon lui, avaient eu pour cause le drainage défectueux du sol et les émanations d'égouts. Il crut alors pouvoir tirer cette conclusion que la purification de l'air des habitations et un drainage convenable seraient beaucoup plus efficaces contre la propagation de la diphthérie que le traitement des cas qui se produisent. Un des assistants se leva pour dire que ce n'était là qu'une théorie, que l'on prenait trop l'habitude maintenant de mettre toute chose sur le compte des égouts; que la diphthérie se rencontre aussi dans des pays où les égouts et leurs exhalations sont complètement inconnus. Dernièrement M. Love a de nouveau eu l'occasion de s'occuper de ce sujet. Il fut appelé à dix lieues de la ville pour voir deux malades dans la même famille, atteints tous deux d'une diphthérie grave.

La discussion qui eut lieu à la Société médicale lui étant revenue en mémoire, il se mit en devoir d'explorer la maison et les dépendances. Il n'y avait point de gaz délétère s'échappant du sol, mais la fosse d'aisances était très rapprochée de la prise d'eau; et cela expliquait suffisamment l'infection de la maison. L'eau souillée par les matières des latrines a eu le même effet que les gaz des égouts. Le poison a été absorbé par l'estomac au lieu de l'être par les poumons. Le Dr Love se voit ainsi confirmé dans son opinion sur le rôle que l'état insalubre de l'eau et de l'air vient jouer dans la propagation de la diphthérie.

Il attribue à la même cause une épidémie de choléra qui a sévi en 1875, à Saint-Louis. Parmi les personnes atteintes, il y en avait qui buaient l'eau d'un puits où pouvaient s'infiltrer les immondices; d'autres avaient dans leur voisinage une laiterie qui a été trouvée dans un grand état de malpropreté. Nous faisons connaître l'opinion du Dr Love, bien que les faits qu'il publie à l'appui de ses assertions sur le développement de la diphthérie soient encore insuffisants. CH. B.

La faiblesse des impulsions cardiaques et son influence sur les affections inflammatoires du cou, par BAVERLEY ROBINSON (*Archiv. of Laryngology*, 1882, N° 4).

Les lésions valvulaires peuvent, on le sait, amener une stase sanguine dans les vaisseaux du cou et des bronches, et provoquer de la toux avec ou sans expectoration de mucosités. Cette influence de l'état du cœur sur la circulation de la région cervicale ne se manifeste pas seulement dans les cas où cet organe est atteint d'altérations profondes. La simple faiblesse des battements cardiaques peut être reconnue d'après les modifications qu'elle produit dans les tissus du cou.

L'affaiblissement du cœur est souvent la conséquence du séjour dans un air impur, lequel agit comme un poison cardiaque et non comme un irritant bronchique. Dans ces circonstances, l'inefficacité du traitement anticatarrhal peut guider pour établir le diagnostic.

L'auteur cite, comme exemple, le cas d'un collègue qui a gagné un anévrisme cardiaque à la suite d'excès de travail.

Il était tourmenté par une toux qui persista pendant plusieurs semaines, et contre laquelle le traitement local fut impuissant.

La belladone, la strychnine et la digitale produisirent au contraire un prompt soulagement. On doit conseiller, en outre, le changement de climat et des applications locales de résolutifs légers.

En dehors des maladies de cœur, les affections qui peuvent occasionner un état congestif du cou sont principalement celles de l'utérus et les catarrhes dus à des troubles dyspeptiques, ainsi que l'ont fait justement remarquer MM. Seiler et Daly, dans la discussion qui a eu lieu à l'occasion de la communication de M. Robinson. CH. B.

Exostoses du conduit auditif externe, par le Dr S.-C. AYRES, DE CINCINNATI. (*Archives of otology*, vol. X, n° 4.)

Les exostoses du conduit auditif externe sont si rares,

qu'on peut les classer parmi les curiosités des affections auriculaires; elles n'en sont cependant pas moins intéressantes pour le médecin auriste. Ces exostoses peuvent occuper n'importe quel point du canal, mais leur siège d'élection paraît être la paroi postérieure. Dans quelques cas, on en a vu plusieurs dans le même conduit auditif. On a aussi observé des individus chez qui les exostoses occupaient symétriquement les deux oreilles.

On a rencontré des exostoses auriculaires sur des crânes préhistoriques; et il semblerait même que cette affection fût à ces époques lointaines beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est de nos jours.

L'auteur a eu dans sa clinique quatre malades portant des exostoses dans l'oreille externe. Chez trois d'entre eux, il n'avait existé antérieurement aucune maladie suppurative de l'organe.

Le quatrième malade, consécutivement à une scarlatine, dont il avait été atteint dans l'enfance, avait eu une otorrhée rebelle, qui avait persisté pendant de longues années, avec des alternatives d'apaisement et d'exacerbation. Ses deux oreilles étaient obturées par un diaphragme osseux, recouvert d'épiderme, et qui n'était pas plus sensible à la pression que les exostoses ordinaires de ce canal.

L'auteur, sur les instances du malade, avait essayé de percer une des cloisons. Avec un foret très fin, il était parvenu à la traverser de part en part, de sorte qu'il ne s'agissait plus que d'élargir l'ouverture au moyen d'un instrument plus gros. Mais divers inconvénients inhérents à l'opération l'ont empêché d'aller jusqu'au bout.

CH. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES TRAVAUX QUI N'ONT PU ÊTRE ANALYSÉS.

Oreille.

- Punaise fixée sur la membrane du tympan, par le D^r NOQUET. (*Bull. méd. du Nord*, 10 octobre 1881.)
- Un cas de résection partielle du rocher à l'aide du ciseau, par TH. GLUCK. (*Arch. f. klin. chir.*, t. 28, 1882.)
- Innervation du muscle interne du marteau, par MATHIAS DUVALL. (*Soc. de biol.*, octobre 1882.)
- Appareil pour l'évacuation du pus caséux ou de cholestéatomes, occupant des parties cariées, sinueuses, difficilement accessibles de l'oreille moyenne et du conduit auditif, par WEBER-LIEL. (*Monatschr. f. Orhenh*, 1882.)
- Nouvel appareil destiné à injecter alternativement de l'air et des liquides dans la trompe et la caisse du tympan, par le D^r JACOB. (*Académie de médecine*, 24 octobre 1882.)
- Sur un cas de vertige auriculaire simulant la maladie de Ménière, par le D^r FIESSINGER (de Thaon). (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1882.)
- De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur, par pénétration des condyles dans l'oreille, par le D^r BAUDRIMONT. (17 juillet 1882.)
- L'enseignement du sourd-muet par la méthode orale, par M. HUGENTOBLER. (*Lyon médical*, 23 juillet 1882.)

Surdité, bourdonnements d'oreilles, otorrhées d'origine réflexe. Guérison par l'extraction de dents cariées, par le Dr GELLÉ. (*Journal des connaissances médicales*, 7 décembre 1882.)

Diagnostic de la surdité par l'examen de la membrane du tympan, par M. GYSELYNCK, médecin-major. (*Archives médicales belges*, novembre 1882.)

Hémorragie supplémentaire par l'oreille. (*Medical press and circular*, London, 8 juillet 1882.)

Emploi des acides minéraux étendus dans le traitement de la carie, de la nécrose et des exostoses de l'oreille, par URBAN PRITCHARD. (*Brit. med. journ.*, 1882.)

Diagnostic de la surdité chez les conscrits, par WEIDENBAUM. (*St-Peters. med. Woch.*, 1882.)

Notes histologiques sur l'organe de l'ouïe, nouvelle forme de glandes cérumineuses; calcification de l'anneau cartilagineux, par G. CINISELLI. (*Arch. p. la sc. medich.*, v. 8.)

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés, thèse de Ferré. (Bordeaux, 1883.)

L'anatomie de l'oreille étudiée par corrosion, par FREIDRICH BEZOLD. (Munich.)

De la perception intermittente par les os du crâne, par J.-A. ANDREAS. (*New-York med. journ.*, février.)

Schémas pour dessiner les lésions de l'oreille, par BURCKHARDT-MERIAN. (Bâle.)

Paralysie de l'acoustique et du trijumeau, parésie du facial, carie du rocher, par BERGER. (*Recueil d'ophtalmologie*, p. 25.)

Sur la limite supérieure de la perceptibilité des sons, par PAUCHON. (*Acad. des sciences*, avril 1883.)

Nouvelle théorie des canaux demi-circulaires, par MACBRIDE (*Journal of anatomy and physiology*, t. XVII.)

Du traitement antiseptique en otologie, par F. GRAF. (*Berlin Woch.*, 1883.)

Larynx.

- Des hémorragies après la trachéotomie, par FRANTZ ZIMMERLIN. (*Thèse de Bâle*, 1882.)
- Extirpation du larynx pratiquée avec succès, par WHITEHEAD. (*Lancet*, 4 novembre 1882.)
- Photographie du larynx sur le vivant, par FRENCH. (*Canada med., and surgery journal*, 1882.)
- Des tumeurs tuberculeuses de la trachée et des muscles laryngés, par MACKENZIE. (*Arch. of med.*, octobre 1882.)
- Quatre cas d'extirpation du larynx, par LANDERER. (*Central f. d. Med. Wiss.* 1882.)
- Cas de paralysie du larynx d'origine paludéenne, par W. SHAW BOWEN. (*Boston med. and surg. journ.*, février 1882.)
- Étude expérimentale sur les fonctions du muscle thyro-cricôdien, par MARTEL. (*Arch. de phys.*, p. 582.)
- Un cas d'asphyxie par suite d'une périchondrite syphilitique, par A. PAWLOWSKI. (*Troudy. obch. roussk. wrate. Saint-Peters.*, 1882.)
- Ouverture d'un ganglion tuberculeux dans la trachée. — Oblitération de la trachée et de la bronche droite, par M. POUPON. (*Progrès médical*, 22 décembre 1882.)
- Des corps étrangers dans les voies aériennes, par le D^r WEIST. (*Boston med. and surgical journ.*, n° 24, 1882.)
- Asphyxie due à l'oblitération de la trachée par des bouchons caséeux venant d'un ganglion tuberculeux ouvert dans les voies aériennes, par M. POUPON. (*France médicale*, 23 décembre 1882.)
- Abcès froid péri-laryngien simulant un kyste médian du cou, par M. PICQUÉ. (*Gazette médicale* du 28 octobre 1882.)
- Possibilité d'introduire un tube dans le larynx sans produire

- de douleur ou une réaction quelconque, note de M. BROWN-SÉQUARD. (*Académie des sciences*, 25 septembre 1882.)
- Indications et contre-indications de la trachéotomie dans la diphtérie, par J. SIMON. (*Journal de médecine de Paris*, 22 juillet 1882.)
- Indications et contre-indications de la trachéotomie dans le croup, par le D^r ARCHAMBAULT. (*Progrès méd.*, 8 juillet 1882.)
- Laryngite chronique, œdème de la glotte, laryngotomie, par le professeur VERNEUIL. (*Gazette médicale*, 17 octobre 1881.)
- Anesthésie du larynx par l'acide carbonique, par M. BROWN-SÉQUARD. (*Société de biologie* des 21 octobre et 16 décembre 1882.)
- De la laryngite catarrhale aiguë de la première enfance, par A. DÉLAS. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- Tamponnement de la trachée, suivi d'une gangrène mortelle, par SCHENBORN. (*Berlin, klin. Woch*, mai 1883.)
- Sur le cancer du corps thyroïde, par COULON. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- De l'extirpation du goitre, par WÖLFLE et KOCHER. (*Berlin, klin. Woch*, mai 1882.)
- De l'excision du goitre parenchymateux, par le D^r PAUL LIEBRECHT. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1883.)
- Pathogénie du spasme de la glotte, par FIECHTER. (*Corr. Bl. f. Schweiz-Aerzte*, février 1883.)
- Du diagnostic des ulcérations tuberculeuses du larynx, par FRAENKEL. (*Berlin, klin. Woch*, janvier 1883.)
- Préparations microscopiques de tuberculose laryngée avec périchondrite aryénoïdienne, par O. FRAENKEL. (*Berlin, klin. Woch*, avril 1883.)
- Pachydermie du larynx, par VIRCHOW. (*Berlin, klin. Woch*, mai 1883.)
- Extraction d'une épingle engagée dans le larynx depuis trois ans, par FÉLIX SEMON. (*Méd. Times*, avril 1883.)

- Deux cas de syphilis congénitale du larynx, par FÉLIX SEMON. (*Pathol. society. transact.*, XXXI.)
- Du tamponnement permanent de la trachée, par MICHAEL. (*Arch. f. klin Chir.*, t. 28, 1882.)
- Extirpation du larynx, par MAC-LEOD. (*Indian med. Gaz.*, janvier 1883.)
- Du rôle de la portion libre de l'épiglotte, et des fossettes glosso-épiglottiques, par GUINIER. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, juin 1883.)
- Paralysie laryngée occasionnée par un anévrisme de l'aorte, par W. PORTER. (*Med. News*, p. 603, mai 1883.)
- Volumineuse tumeur (myxo-sarcome) extirpée du sinus glosso-épiglottique, par MORGAN. (*Med. News*, p. 623, juin 1883.)
- Traitement des tumeurs du larynx, par le D^r KNOX. (*Glas-cow med. journ.*, 1883.)
- Cedème de la glotte aigu et primitif chez un homme de 62 ans; mort, par le D^r CLÉMENT RABÈRE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juin 1883.)
- Chorée laryngée, par le D^r BLACHEZ. (*Académie de médecine*, octobre 1883.)
- Cedème aigu de la glotte dans le cours d'une fièvre typhoïde; trachéotomie, mort, par P. MERKLEN. (*France médicale*, 16 juin 1883.)
- La voix de l'homme et des animaux, par le D^r ZAWERTHAL. (*Archives italiennes de laryngologie*, juillet 1883.)
- Sur le rejet des liquides par la plaie de la trachée à la suite de la trachéotomie, à propos d'un cas de croup opéré et guéri, par le D^r LALESQUE. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 12 août 1883.)
- De la chorée du larynx, par le D^r FRÉDÉRIK KNIGHT. (*New-York med. journ.*, 2 juin 1883.)
- Du traitement de la phtisie par l'iodoforme, par le D^r DRESCHFELD. (*Brit. med. journ.*, avril 1883.)
- Du traitement de la phtisie laryngée, par le D^r E. FLETCHER-

- INGALS (de Chicago). (*New-York med. journ.* 2 juin, 1883.)
- Mémoire sur l'anche vocale ou crico-glottique de l'homme, par le D^r MOURA. (*Académie de médecine*, séance du 14 août 1883.)
- Cedème de la glotte aigu et primitif chez un homme de 62 ans ; mort, par le D^r CLÉMENT RABÈRE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juin 1883.)
- Trachéotomie, par STEAVENSON. (*The students' journ. and hospital Gazette*, 9 juin 1883.)
- Du croup, traitement médical et traitement chirurgical. Indications et contre-indications, par J. SIMON. (*Gazette des hôpitaux*, 21 juin 1883.)
- Traitement des tumeurs du larynx, par le D^r KNOX. (*Glasgow medical journal; France médicale*, 14 juin 1883.)
- Congestion du larynx d'origine paludéenne, par le D^r BRIAND. (*Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1883.)
- Étude sur les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice, par le D^r L'HÔTE. (*Thèse de Paris*, 1882.)

Gorge et fosses nasales.

- Traitement des déviations de la cloison, par WALSHAM. (*Lancet*, septembre 1882.)
- De l'ulcère perforant de la cloison du nez, par WACHSELBAUM. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1882.)
- Catarrhe nasal chez les nouveau-nés. Son influence sur la respiration et la nutrition, par BRANDEIS. (*Amer. journ. of obstetrie*, janvier 1882.)
- Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis, par le D^r CH. MAURIAC. (*France médicale*, 13 juillet 1882.)
- Des corps étrangers du conduit pharyngo-œsophagien, par le D^r PAULIN (de Lunéville). (*Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1882.)

- Recherches expérimentales sur la structure de la membrane olfactive, par HOMFELD. (*Nordiskt. Med. Arch.*, n° 3.)
- Développement des kystes des sinus du nez, par G. SCHEEF. (*Algem. Wien Med. Zeitung*, n° 8.)
- Des polypes fibro-muqueux de la cavité naso-pharyngienne, par NICOT. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- Des sarcomes des fosses nasales, par DELAUX. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- De la langue noire, par A. MATHIEU. (*Thèse de Paris*, août 1883.)
- Diagnostic des ulcérations de la langue, par DU PÉRIER. (*Thèse de Paris*, juillet 1883.)
- Hygroma de la langue, par GERSSER. (*New-York med. soc. News*, p. 501.)
- Les déviations de la cloison nasale. Difficultés qu'elles apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache, et nouveau moyen d'y remédier. — Recherches anatomiques et cliniques, par le Dr LÖWENBERG. (*Progrès médical*, 21 avril 1883.)
- Tumeur sarcomateuse des fosses nasales, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpitaux*, 6 mars 1883.)
- Paralysie des constricteurs du pharynx simulant l'œsophagisme, par le Dr BOSWORTH. (*New-York Med. journ.*, 27 juin 1883.)
- Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde, par le Dr DUGUET. (*Union médicale*, 10 et 18 août 1883.)
- Hypertrophie de la langue chez un enfant, par C. PAUL. (*Société médicale des hôpitaux*, 1883.)
- Épithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais, le plancher de la bouche et la base de la langue. Ligature de la carotide externe; résection partielle du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur avec l'anse galvano-caustique et le thermocautère; guérison, par le Dr POLAILLON. (*Journ. des connaissances médicales*, 12 juillet 1883.)
- Polype naso-pharyngien (fibrome de la base du crâne). Extirpation par le serre-nœud de Lürer; guérison, par ANTONIO CECI. (*Gironale di clinica e terapia*, octobre 1883.)
-

TABLE DES AUTEURS

	Pages.		Pages.
ALLEN. Hypertrophie des oreilles.	247	ques et pathologiques sur la région dite flaccide de la membrane du tympan . .	187
AYRES. Exostose du conduit auditif externe	357	COZZOLINO. L'otologia ed il medico generico et l'otologia dell'oggi, analysé par M. Dubranle	94
BAUDRIMONT. De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur, par pénétration des condyles dans l'oreille. Analyse par Léon Causit	48	CRESWELL-BABER. Remarques sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal.	100
BEVERLEY-ROBINSEN. Faiblesse des impulsions cardiaques et son influence sur les affections inflammatoires du cou.	357	DESCROIZILLES. Manuel de pathologie et de clinique infantile	340
BRANDEIS-RICHARD (C.). Deux cas de bourdonnements d'oreille causés par un trouble circulatoire dans les vaisseaux du cou.	473	DUBRANLE. De l'articulation dans ses rapports avec l'hygiène des sourds-muets. .	206
CADIER. Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée .	136	DUCAU. Sur quelques cas de maladies de l'oreille. . . .	120
CADIER. Auto-inoculation laryngée de la tuberculose par le contact direct des points symétriques des cordes vocales.	200	DUPONT-MARIUS. Le larynx et le pharynx du sourd-muet.	65
CADIER. Végétations papillaires polypiformes de la laryngite syphilitique. . . .	332	ELSBERG. Corps étrangers dans les voies respiratoires.	182
CHIARI. Lupus commun du larynx	175	FISCHER. Rétrécissement de la trachée par les tumeurs malignes. Analyse par Baumfeld.	59
CHIARI et DWORAK. Constata-tions laryngoscopiques dans les formes récentes de la syphilis	478	FRANZEL. Un cas de paralysie des constricteurs de la glotte, avec spasme des dilata-tateurs	112
CHURCHILL. Manuel de rhinologie et de laryngoscopie.	184	GENDRON et LABBÉ. Kyste sup-puré du corps thyroïde, accès de suffocation. Thyroïdectomie. Guérison. . . .	146
COYNE. Recherches anatomi-		GOGUILLOT. La période prépa-ratoire à l'enseignement des éléments d'articulation et de lecture sur les lèvres dans l'instruction des	

TABLE DES AUTEURS.

367

Pages.	Pages.		
sourds-muets, par la méthode orale pure	237	JEFFERSON BETTMANN. Une modification au serre-nœud de Jarwis	338
GOUGUENHEIM. (Edème des replis aryéno-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx)	125	KIRCHNER. Sur les extravasations sanguines produites dans le labyrinthe, sous l'influence de la quinine et de l'acide salicylique	240
GOUGUENHEIM. Trois faits d'edème de la glotte, deux dans le cours d'une phthisie aiguë et un dans celui d'une phthisie chronique.	133	KOCH. Contribution à l'étude du sarcome primitif du corps thyroïde	195
GOUGUENHEIM. Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne.	249	KOCH. Sur la paralysie des muscles dilateurs de la glotte	324
GOUGUENHEIM. Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. Ecartement permanent des cordes vocales inférieures	253	KRISHABER. Deux observations de cancer du corps thyroïde	12
GOUGUENHEIM. Aphonie nerveuse chez un tuberculeux	255	LABUS. L'hypermégalie et la paralysie de la luette et leur influence sur la voix. Analyse par Causit.	115
GOUGUENHEIM. Appareils d'exploration des cavités nasales, pharyngiennes et laryngiennes	318	LADREIT DE LACHARRIÈRE. Mort du Dr Krishaber.	63
GRAZZI. Epithéliome du larynx. Le cours et la terminaison de la maladie éclaireront le diagnostic. Analyse par le Dr Masini.	55	LOVE. Sur l'étiologie de la diphtérie	355
GRAZZI. La maladie de Ménière et son traitement	165	MACKENZIE (John). Sur un vice de conformation du pharynx nasal	241
GRUBER. Un cas de ténosynovite du tenseur du tympan.	301	MACKENZIE (John). Sur l'application du bichlorure de mercure dans les maladies du nez et de la gorge. . . .	244
HÉLOT et TROUVÉ. Photophore électrique	122	MACKENZIE (John). Sur la fosse nasale, et sur l'existence, dans le nez, d'un centre sensitif réflexe.	303
HOOVER. Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales.	292	MARIE et WALTON. Des troubles vertigineux dans le tabes	53
JACOB. Des otorrhées et de leur traitement par les injections tubo-tympaniques à l'aide d'un nouvel appareil. Analyse par Causit. . .	51	MASINI. Contribution à l'étude des polypes de l'oreille.	348
JACQUEMART. Observation d'un cas de fracture du rocher. Discussion, guérison. . . .	1	MORELL-MACKENZIE. Paralysie des muscles du larynx. . . .	183
JACQUEMART. Deux cas de polypes des fosses nasales (adhérences entre le cornet moyen et la cloison). Un cas de pseudo-polype.	69	MORELL-MACKENZIE. Hypertrophy of the mucous membrane of the nose	312
JACQUEMART. Rapport sur les causes de la surdi-mutité, et les moyens d'en diminuer la fréquence.	259	MULHALL. Ulcère syphilitique du larynx	353
		OWEN D. POMEROY. Du diaphragme comme élément de diagnostic des maladies de l'oreille.	168
		PAULSEN. Sur l'anesthésie du larynx produite par la méthode Turck Schroetter. Analyse par Baumfeld. . . .	113
		PILLOT. Ataxie locomotrice progressive. Troubles fonc-	

	Pages.		Pages.
tionnels de la voix. Accès de suffocation. Mort dans le marasme.	256	lyse par Causit	111
RATTEL. Essais d'histoire et de bibliographie sur la vie, l'époque et les travaux de nos vieux maîtres en otologie. Guilhard-Joseph Du Verney.	18	SCHALLE. Des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx et de leur traitement. Traduction par Rattel. . .	35
RATTEL. Notes d'histoire et de bibliographie. Essai sur la vie, l'époque et les travaux de nos vieux maîtres en otologie. Antoine-Marie Valsalva.	78	SÉNAC LA GRANGE. Les eaux sulfureuses de Caunterets .	238
RATTEL. Notes d'histoire et de bibliographie. Essai sur la vie, l'époque et les travaux de nos vieux maîtres en otologie. Jean-Baptiste Morgagni.	149 213	SEXTON (Samuel). Du rôle de la transmission des sons à travers les tissus dans les affections de l'oreille . . .	290
RATTEL. Notes d'histoire et de bibliographie. Antoine Scarpa.	273	VOLTOLINI. Sur l'emploi de la quinine dans les maladies de l'oreille	57
ROE-WILLIAM. Sur l'asthme laryngien.	183	VOLTOLINI. Sur la simulation de la dureté de l'ouïe . . .	58
ROOSA. Des effets du bruit sur l'oreille saine et sur l'oreille malade	305	VOLTOLINI. Deux singulières maladies d'oreille. Analyse par de Baumfeld	107
SCHECH. Sur l'étiologie des paralysies du larynx . . .	297	VOLTOLINI. La fourchette laryngienne, instrument pour exciser les néoplasmes de l'intérieur du larynx . . .	119
SCHIFFERS. Du traitement de la phthisie du larynx. Ana-		WALDEMBURG. L'atrophie du nerf récurrent dans le cas de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.	118
		WALTON. La surdité dans l'hémi-anesthésie hystérique. .	171
		WEBER LIEL. De l'influence des irritations sexuelles sur les maladies de l'oreille . .	299

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
A	
Anesthésie du larynx produite par la méthode Turck-Schrötter, par le Dr Paulsen.	113
Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. Écartement permanent des cordes vocales inférieures, par le Dr Gouguenheim.	253
Aphonie nerveuse chez un tuberculeux, par le Dr Gouguenheim.	255
Appareils d'exploration des cavités nasales, pharyngiennes et laryngiennes, par le Dr Gouguenheim.	318
Applications locales des bichlorures de mercure dans les maladies du nez et de la gorge, par le Dr John Mackenzie.	244
Asthme laryngien, par William-Roe.	183
Ataxie locomotrice progressive. Troubles fonctionnels de la voix. Accès de suffocation. Mort dans le marasme, par M. Pillot.	256
Atrophie du nerf récurrent dans le cas de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, par Waldenburg.	118
Auto-inoculation laryngée de la tuberculose par le contact direct des points symétriques des cordes vocales, par le Dr Cadier.	200

	Pages.
B	
Bourdonnements d'oreille causés par un trouble circulatoire dans les vaisseaux du cou, par Richard-C. Brandeis.	173
C	
Canterets (Les eaux sulfureuses de), par le Dr Sénac Lagrange.	238
Congrès international pour l'amélioration du sort des sourds-muets.	229
Constatations laryngoscopiques dans les formes récentes de la syphilis, par les Drs Chiari et Dworak.	178
Corps étrangers dans les voies respiratoires, par le Dr Elshberg.	182
Corps thyroïde (Deux observations de cancer du), par le Dr Krishaber.	12
D	
Des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx, et de leur traitement; mémoire posthume de R. Schalle (de	

	Pages.		Pages.
Hambourg). Traduction, par A. Rattel.	35	Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille, par Baudrimont. .	48
Deux singulières maladies d'oreille, par le P ^r Voltolini.	107		
Diapason comme élément de diagnostic des maladies de l'oreille, par Owen Pomeroy.	168	G	
Du rôle de la transmission des sons à travers les tissus dans les affections de l'oreille, par Samuel Sexton	290	Guichard-Joseph du Verney. Essais d'histoire et de bibliographie sur la vie, l'époque et les travaux de nos vieux maîtres en otologie, par le D ^r Rattel . .	18
E			
Effets du bruit sur l'oreille saine et sur l'oreille malade, par Saint-John Roosa.	305	H	
Épithélioma du larynx. Le cours et la terminaison de la maladie éclaireront le diagnostic. Lettre du D ^r Grazi au P ^r Massei.	55	Hémorragie du larynx. . . .	354
Étiologie de la diphtérie, par le D ^r Love.	375	Hypermégalie et la paralysie de la luette et leur influence sur la voix, par Ch. Labus.	115
Étiologie des paralysies du pharynx, par le D ^r Schech.	297	Hypertrophie des oreilles, par le D ^r Allen.	247
Exostose du conduit auditif externe, par le D ^r Ayres. .	357	<i>Hypertrophy of the mucous membrane of the nose</i> , par le D ^r Morell Mackenzie. .	312
Extravasations sanguines produites dans le labyrinthe sous l'influence de la quinine et de l'acide salicylique, par le D ^r W. Kirchner.	240		
F		I	
Faiblesse des impulsions cardiaques et son influence sur les affections inflammatoires du cou, par Beverley Robinson.	357	Indications de la trachéotomie dans la tuberculisation pulmonaire, par le D ^r Gouguenheim.	249
Fourchette laryngienne, instrument pour exciser les néoplasmes de l'intérieur du larynx, par le D ^r Voltolini.	119	Influence des irritations sexuelles sur les maladies de l'oreille, par le D ^r Weber Liel.	299
		K	
		Kyste suppuré du corps thyroïde. Accès de suffocation. Thyroïdectomie. Guérison, par H. Gendron, service du D ^r Labbé.	146

TABLE DES MATIÈRES.

371

Pages.		Pages.
	L	P
	L'articulation dans ses rapports avec l'hygiène des sourds-muets, par A. Du-branle	Paralysie des constricteurs de la glotte avec spasme des dilateurs, par Franzel . .
206		112
	Larynx et pharynx du sourd-muet, par Marius Dupont..	Paralysie des muscles du larynx, par le Dr Morell-Mackenzie
65		183
	Lupus commun du larynx, par le Dr Chiari.	Paralysie des muscles dilateurs de la glotte, par le Dr Paul Koch.
175		324
	M	Période préparatoire à l'enseignement des éléments d'articulation et de lecture sur les lèvres dans l'ins-truction des sourds-muets
	Maladie de Ménière et son traitement, par le Dr Grazi. .	par la méthode orale pure, par M. Goguillot
165		257
	Manuel de pathologie et de clinique infantile, par le Dr Descroizilles.	Photophore électrique, par le Dr Paul Helot et Trouvé. .
340		122
	Manuel de rhinologie et de laryngoscopie, par le Dr Chur-chill	Polypes de l'oreille (Contri-bution à l'étude des), par le Dr Masini
184		343
	Morgagni. Essai sur la vie, son époque et les travaux. par Rattel	Polypes des fosses nasales, adhérences entre le cornet moyen et la cloison. Un cas de pseudo-polype, par le Dr Jacquemart.
149-213		69
	Mort du Dr Krishaber, par le Dr Ladreit de Lacharrière. .	
63		
	O	Q
	<i>Otojatria ed il medico gene-rico et l'otojatria dell'oggi</i> , par le Dr V. Cozzolino . .	Quelques cas de maladies de l'oreille, par A. Ducau . .
94		120
	Otorrhées et leur traitement par les injections tubo-tym-paniques à l'aide d'un nou-vel appareil, par le Dr Jacob. .	Quinine dans les maladies de l'oreille, par le Dr Vol-tolini.
51		57
	Œdème de la glotte (Trois faits d'), deux dans le cours d'une phthisie aiguë, et un dans celui d'une phthisie chronique, par le Dr Gou-guenheim.	
133		
	Œdème des replis aryéno-épiglottiques surtout dans les maladies chroniques du larynx, par le Dr Gou-guenheim.	R
125		Rapport sur les causes de la surdi-mutité, et les moyens d'en diminuer la fréquence, par le Dr Jacquemart. . .
		259
		Recherches anatomiques et pathologiques sur la région dite flaccide de la membrane du tympan, par le Dr Coyne. .
		187
		Recherches expérimentales

	Pages.		Pages.
sur la tension des cordes vocales, par E.-H. Hooper.	292	Trachéotomie et l'extirpation du larynx dans les affections malignes de cet organe.	351
Rétrécissement de la trachée par les tumeurs malignes, par le Dr Fischer.	59	Traitement de la phthisie du larynx, par le Dr Schiffrers.	111
Rocher (Observation d'un cas de fracture du). Discussion. Guérison, par le Dr Jacquemart.	1	Troubles vertigineux dans le tabes, par Pierre Marie et Walton.	53
		Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée, par le Dr Cadier.	136
S		U	
Sarcome primitif du corps thyroïde (Contribution à l'étude du), par le Dr Paul Koch.	195	Ulcère syphilitique du larynx, par le Dr Mulhall.	353
Scarpa (Antoine). Notes d'historique et de bibliographie, par le Dr Rattel.	273	Une modification au serre-nœud de Jarvis, par le Dr Jefferson Bettmann.	328
Simulation de la dureté de l'ouïe, par le Dr Voltolini.	58	V	
Spiromètre et carbonimètre de M. Bellengé.	185	Valsalva (Antoine-Marie) (Essai sur la vie, l'époque et les travaux de), par le Dr A. Rattel.	78
Surdité dans l'hémi-anesthésie hystérique, par le Dr Walton.	171	Végétations adénoïdes du pharynx nasal (Remarques sur les), par E.-Creswell Baber.	100
T		Végétations papillaires poly-piformes de la laryngite syphilitique, par le Dr Cadier.	332
Ténotomie du tenseur du tympan (Un cas de), par le Dr Gruber.	301	Vice de conformation du pharynx nasal, par le Dr John Mackenzie.	241
Toux nasale, et sur l'existence dans le nez d'un centre sensitif réflexe, par John Mackenzie.	303		

Le Gérant : G. MASSON.

Soc. d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 79. 1.81.

JUL 17 1916

4.

41

41

53

36

53

28

78

00

32

41